LEZIONI

DI

CLINICA MEDICA

Dette nell'Hotel-Dieu di Parigi

DA A. F. CHOMEL

RACCOLTE E PUBBLICATE

DA G. L. GENEST

FEBBRE TIFOIDE

LEZIONI

DI

CLINICA MEDICA

DELLA FEBBRE TIFOIDE

Le malattie descritte dagli autori, quelle di cui noi medesimi abbiamo fatta l'istoria nel nostro *Trattato delle febbri* sotto il nome di febbri continue gravi, qualunque sia la forma con la quale si mostrano, infiammatoria, biliosa, mucosa, adinamica, atassica, lenta nervosa, non sono tutte se non varietà di una medesima affezione a cui sono stati dati nomi diversi (1): noi preferiremo di chiamarla febbre o malattia tifoide a motivo dell'analogia che ella ha, riguardo ai sintomi, col tifo degli accampamenti. Le febbri infiammatorie, biliose, mucose, adinamiche, atassiche non sono adunque se non varietà della medesima malattia. In effetto, per quanto possano i sintomi di esse parere dissimili, hanno peraltro dei caratteri in comune che non permettono che se ne faccia tante affezioni diverse, e sono specialmente collegate tra di loro per una serie di anatomiche lesioni che non incontransi in alcuna altra malattia, e che si osservano quasi sempre in quella che si discorre, qualunque forma abbia ella presa.

La trasformazione sì spesso osservata dei sintomi infiammatorii o biliosi; in adinamici o atassici, l'esistenza simultanea nel medesimo soggetto dei sintomi appartenenti a più ordini di febbri del Pinel, sono quindi così facili a comprendersi quanto erano precedentemente inesplicabili.

L'identità del corso e della durata delle febbri continue gravi, l'analogia delle condizioni nelle quali elleno si mostrano, avrebbero dovuto far presentire questa verità anche prima che l'anatomia patologica l'avesse incontrovertibilmente dimostrata. Queste affezioni, sì diverse in apparenza, e noi diremmo volentieri nella loro scorza, sono di fondo e di natura malattie identiche, non costituiscono se non una sola affezione che mostrasi a seconda delle circostanze, sotto forme diverse. L'affezione tifoide occuperà dunque un posto molto importante in nosologia, poichè ella sola sta in luogo di una classe quasi intiera di malattie.

Esponendo l'istoria di questa malattia intorno a cui le indagini di Prost, Petit e Serres, Bretonneau, e soprattutto l'opera di Louis, vero modello, hanno sparso tanta luce, seguiteremo il naturale ordine delle idee, cominciando dai punti meglio conosciuti, e passando successivamente ai più oscuri.

ARTICOLO PRIMO

SINTOMI E CORSO DELLA FEBBRE TIFOIDE.

Benchè la malattia tifoide si mostri sotto forme assai diverse per modo che siasi potuto per lungo tempo riguardare come affezioni del tutto distinte, ciò che per noi si considera come semplici varietà, è forza però convenire che mediante più esatta osservazione trovasi in tutte una serie di sintomi che sono a loro comuni, ed hanno nel loro processo una notabile analogia. Dopo aver fatta l'istoria generale della malattia, si de-

(1) *La febbre entero-mesenterica di Petit e Serres; esantema intestinale di Andral; dotinenteria o dotinenterite di Bretonneau; ileo-ilidite di Bally; enterite follicolosa di più patologi.*

scriveranno brevemente le forme diverse che ella può prendere, e di cui lo studio è sommamente importante riguardo alla curazione.

SEZIONE I.

PRELUDI E INVASIONE DELLA FEBBRE TIFOIDE.

L'invasione della febbre tifoide non sempre ha luogo alla medesima maniera: in un certo numero di casi, i fenomeni propri del principio della malattia sono preceduti da particolari preludi; ma più spesso l'invasione è improvvisa; segue inaspettatamente coll'apparenza di fiorentissima salute, e senza che alcun sintomo precursore abbiane dato indizio.

Diversi disordinamenti delle funzioni di relazione precedono alcuna volta il principio della febbre tifoide, i quali disordinamenti per altro non sono punto particolari ai preludi dell'affezione che si va discorrendo; si osservano avanti il cominciare di più altre gravi malattie, e specialmente delle affezioni eruttive.

Alcuna volta osservasi avanti dell'invasione una mutazione più o meno notabile nell'espressione della fisonomia la quale diviene trista e come abbattuta, e diminuzione di attudine alle occupazioni della mente. Evvi per lo spazio di alcune settimane o solamente di qualche giorno sensibile diminuzione di forze con smagrimento; il malato stancasi molto più facilmente che pel passato, tutti i suoi sensi hanno perduta la loro acutezza e del vigore; egli inquietasi e sente di essere minacciato da grave malattia; prova universale disagio, dolori nella membra, e al tempo stesso notabile diminuzione dell'appetito, il quale alcuna volta va anche tutt'affatto perduto; la bocca diviene pastosa; in qualche caso evvi diarrea la quale cessa in pochi giorni per ritornare dopo l'invasione, l'orina è più densa ed ha un odore assai fedito, talora sopravvengono nausee ed anche vomiti. In un giovine ricevuto nella clinica, l'anno 1833, l'invasione ebbe luogo per una specie di accesso epilettiforme che non era stato preceduto da alcun fenomeno che annunziasse il prossimo solvigimento di grave malattia.

Ecco la proporzione secondo la quale sono stati osservati i preludi in 112 infermi ricevuti nelle sale della clinica da cinque anni in poi, e intorno ai quali sono state prese per questa parte esattissime note;

In 73 malati l'invasione fu subitanea;
In 39 fu preceduta da preludi.
112

I fenomeni d'invasione appariscono con intensità nei casi in cui vi hanno preludi come in quelli nei quali l'invasione è subitanea. Per lo più la malattia comincia con una forte cefalalgia, e comunemente il malato ne soffre il primo attacco nella mattina sul levarsi; talvolta, ma di rado, viene preceduta dalla diarrea. Allora la fisonomia prestamente si altera; non di rado avviene che si osservi fino nel primi giorni quello stupore già assai notabile, il quale da taluni autori è stato descritto come non appartenente che ad un periodo avanzato delle febbri adinamiche. La contrattilità muscolare soffre un indebolimento considerabile, soventemente sopravvengono, nei primi giorni, brividi seguiti da fortissima febbre la quale ubbliga il malato a restare in letto; talora, se sia egli molto coraggioso, vuole continuare ad attendere alle sue consuete operazioni, ma dopo alcune ore, dopo alcuni giorni al più, vinto dalla forza del male, è costretto a stare in riposo e in letto, d'unde non esce in seguito che a stento, e, quando cammina, barcolla a guisa d'ubbriaco.

Allorchè esaminando noi per la prima volta i malati, domandiamo loro: « Come siete venuti all'Hotel-Dieu ? » quasi sempre ci rispondono, non eccettuati neppure quegli i quali arrivano subito dopo l'invasione della malattia: « In vettura » e « sostenuto da due compagni avvegnachè non avrei potuto far la strada solo a piedi. » E trattanto in alcuni casi vengono da quartieri vicinissimi a quest'ospedale.

La diarrea è anche uno dei più importanti fenomeni d'invasione. Nel numero maggiore dei casi ella apparisce nel primo o nel secondo giorno, qualche volta ad un'epoca più distante dal principio della malattia.

I dolori addominali vengono presso a poco contemporaneamente alla diarrea, e possono in alcuni casi far completa la diagnosi della malattia.

Tali sono i fenomeni d'invasione della febbre tifoide; altri ancora ne avremmo potuti aggiungere i quali parimente si osservano nel suo principiare; ma siccome questi per lo più non si osservano che ad un epoca più inoltrata, così li vedremo insorgere successivamente nel processo ulteriore della malattia: onde farne una descrizione più chiara ed insieme più accurata si dividerà da noi in tre periodi che sono caratterizzati da fenomeni differenti e di cui la durata è circoscritta in modo che si è potuto usare della voce settenario come sinonimo di periodo; non già che ciascun periodo sia sempre limitato al numero di sette giorni, ma perchè, nei più semplici casi, e più felici, in quelli nei quali si può credere che la malattia abbia tenuto un andamento regolarissimo, i fenomeni appartenenti a ciascun periodo si mostrano presso a poco in questo spazio di tempo.

SEZIONE II.

PRIMO PERIODO.

I sintomi i quali veggionsi successivamente apparire nella maggior parte dei malati durante il primo periodo, sono la cefalalgia, la quale manifestasi nel principio, ed osservasi in quasi tutti i casi, di poi la prostrazione delle forze e lo stupore; la diarrea, il meteorismo, la sensibilità dell'addome, massimamente nella regione iliaca destra, il gorgogliamento che viene prodotto comprimendo sulla metà inferiore dell'addome, l'epistassi, e, per ultimo, l'eruzione, la quale comunalmente viene accennata col nome di *eruzione tifoide*, imperocchè è propria dell'affezione tifoide, apparisceno inseguito, ma in tempi meno prossimi al principio.

Nel primo settenario, l'alterazione della fisonomia, che ordinariamente apparisce al cominciare della malattia, è già molto notabile; l'aria del volto meno mobile è senza espressione, o almeno senz'altra espressione tranne quella d'indifferenza e d'apatia da cui non si può distrarre l'infermo che facendo lui delle domande con vivacità e per modo da eccitare fortemente la sua attenzione. Dalle sue risposte, e dal suo sguardo massimamente è facile accorgersi che l'intelletto ha sofferto una notabile alterazione; contuttociò egli conserva la sua ragione libera nel corso di tutto questo periodo, imperocchè raramente il delirio sopravviene avanti il principio del secondo o almeno avanti gli ultimi giorni del primo. La contrattilità muscolare soffre al tempo stesso un indebolimento e non meno notabile di quello delle facoltà intellettuali; per lo più l'infermo resta giaciuto sul dorso e quasi senza moto, se obblighisi a sedere patisce di vertigini, di giramenti di testa che l'impediscono di stare per alcun tempo in questa positura.

Malgrado cotesto stato di debolezza, negli ospedali veggionsi infermi usati a dure fatiche ed a servirsi da se medesimi e temendo di riuscire molesti ad altrui, levarsi soli per mettersi sulla seggetta od andare alle latrine, ma alcuna volta vi arrivano sì deboli che non ostante il loro coraggio, non hanno forza di ritornare al letto.

Nella notte la vigilia è continua o quasi continua, ed in quest'ultimo caso ancora i brevi momenti del sonno sono turbati da dolorosi sogni, dei quali pare che il malato conservi l'impressione e li confonda collo stato di veglia; onde quando se li domanda se nella notte abbia dormito, risponde ordinariamente che non ha chiuso occhio, quantunque dalla relazione dell'infermiere o della guardia del malato risulti esser egli paruto assopito per una parte della notte. Ed è questo appunto lo stato a cui i patologi hanno dato nome di *coma vigile*.

La cefalalgia, che quasi sempre segna l'invasione della malattia, persiste con intensità assai grande per tutto il primo settenario, e quasi sempre cede alla fine di questo periodo e qualche volta più presto in virtù dei primi rimedi che si pongono in opera, dessa prolungasi ordinariamente per maggior tempo nei soggetti che non son sottoposti ad alcuna curazione; generalmente ella occupa la fronte e varia pei caratteri e per intensità; qualche volta è gravativa, altre volte pulsativa, talora forte e talora debole, non sempre aumenta nelle esacerbazioni; in alcuni soggetti è stato il sintomo predominante per tutto il tempo che ha durato la malattia.

Al tempo stesso la bocca del malato diviene pastosa, la di lei umidità diminuisce, scarsa e densissima saliva imper-

fettamente la umetta; onde quando l'infermo parla, distinguesi alcuna volta il rumore che fa la lingua staccandosi da quelle parti colle quali era in contatto. Se il malato la spinga fuori e che applichisi il dito sulla sua superficie, esso non se ne distacca che con una specie di difficoltà, a motivo della glutinosa consistenza del fluido che la copre. La quale condizione, accennata dagli autori col nome di lingua collosa, è il primo grado dell'aridità, che diviene comunalmente completa verso la fine del primo periodo. In alcuni casi, peraltro, la bocca conserva la sua umidità per tutto il tempo che dura la malattia.

Il colorito della lingua ha molto occupato l'attenzione dei patologi; contuttociò le modificazioni che in quello si osservano non sono punto uniformi, nè meritano tutta quell'importanza che vi si è voluta annettere. In alcuni soggetti, la lingua, fino dal principio della malattia, è rossa verso la sua punta e su i suoi margini; ma nel maggior numero il colore rosso non apparisce che verso la fine del primo periodo, ed è preceduto negli uni da uno strato biancastro, zavorrale, con senso di gusto scipito in bocca; negli altri ell'è coperta di un intonaco di colore giallastro che ordinariamente accompagna il senso di notabile amarezza. Questi differenti strati che sono distinti per tutto quel tempo che la bocca si mantiene umida, si confondono pel solito quando essa diviene arida, e sono succeduti da un colore rosso che soventemente è uniforme. A questo tempo le labbra si fanno secche e vi si scorgono chiazze gialle screpolate, ed il disseccamento di lieve strato di muco alla superficie dei denti dà ad essi un aspetto lucido particolare.

Il malato soventemente lamentasi di mal di gola, la deglutizione diviene più o meno difficile; vi è sempre completa disappetenza; alcuna volta sonovi nausee e più di rado vomiti di materie, che sono ora biancastre, mucose, con odore acido, ora gialle, biliose.

La sete è forte, e benchè lo stato di abbattimento e di indifferenza in cui è il malato non gli permetta di chiedere spesso da bere, contuttociò egli beve con piacere e alcuna volta con avidità; richiede particolarmente bevande fresche ed acidule.

La diarrea è anche essa uno dei più frequenti sintomi di questo primo periodo; si osserva in quasi tutti i malati; alcuna volta però non sopravviene che al principio del secondo: essa varia e pel numero delle evacuazioni e per la natura delle materie evacuate.

Sotto il primo rapporto noi abbiamo avuto occasione di osservare in essa tutte le gradazioni possibili, da una sola evacuazione liquida fino alle quindici o venti nel giro di ventiquattr' ore. Contuttociò, nel numero maggiore dei casi, sono seguite dalle quattro alle otto evacuazioni per giorno. Riguardo alla natura delle materie evacuate ora sono queste affatto liquide e si vedono nel fondo del vaso alcune picciole masse giallastre evidentemente colorite pel miscuglio di un poco di bile, altre volte contengono materie meno liquide, fecciose, di color giallo tendente al nero e fetentissime. In quest' ultima varietà, che bisogna guardare di non confondere colla diarrea nera, il cui colore è dovuto alla presenza di una certa quantità di sangue che pare che abbia sofferto un principio di digestione e che frequentemente osservasi nel periodo seguente, le egestioni sono molto meno frequenti che nel primo, nel quale elleno non contengono che ben di rado delle mucosità, nè mai sono accompagnate da pondi, nè da fortissime coliche. Il più spesso i malati anzi non se ne lagnano più dopo uno o due giorni. Talvolta accade anche, verso la fine del primo periodo, che, a motivo della prostrazione e dello stupore forti, le materie colino nel letto senza che il malato se ne accorga, o senza che possa fare il necessario sforzo per ritenerle.

In taluni casi, fino dai primi giorni, il ventre, senza aumentare sensibilmente di volume, rende, percosso, un suono più chiaro che è dovuto alla presenza di gas negli intestini; più tardi prende una forma più convessa, da prima nella regione soprapubea, dove mediante la percussione era stato sentito il meteorismo avanti che la vista avesse potuto percepirlo.

Se dagli autori, che hanno compilato l'istoria delle epidemie e di febbri continue nell'ultimo secolo, non è stato si frequentemente osservato il meteorismo come ai nostri dì, è da attribuirsi al non avere essi esplorato il ventre con tutta

la necessaria diligenza. Raramente infatti questo sintomo è notabile assai per essere distinto a prima giunta e coll'occhio semplicemente; al contrario non è percepibile, nel numero maggiore dei casi, che per mezzo della percussione; onde non è da maravigliare se, in tempi nei quali così fatto mezzo di diagnosi era poco usato, poca attenzione è stata fatta al meteorismo lieve, e per noi si comprende come Tissot potesse dire che nell' epidemia di Losanna non osservò che soli tre malati in cui fosse il meteorismo.

Altro sintomo che si riferisce al meteorismo e intorno al quale gli autori non hanno parlato, si è il gorgogliamento indotto dalla compressione fatta colla mano sull' inferior parte dell'addome, e specialmente sulla regione iliaca destra. Sì fatto fenomeno, a produrre il quale pare che concorrano insieme la presenza di gas e di liquidi negli intestini e la disposizione particolare, e forse anche lo stato patologico della valvula ileo-cecale, ci è paruto altrettanto raro nelle altre malattie quanto è comune in quella che si discorre: alcuna volta incontrasi durante il primo periodo, ma più frequentemente nel corso del secondo od anche nel terzo.

La sensibilità del ventre essa pure è una delle cose che più attirano l'attenzione dei medici; ella apparisce, come già abbiamo detto, nel principiare della malattia, almeno nel numero maggiore dei casi, e qualche volta precede anche la diarrea. Questo dolore non sempre ha la medesima intensità, nè la medesima sede; di rado è acuto e per lo più il malato non se ne lagna che facendo assai forte compressione. Numerose varietà si notano medesimamente intorno alla sede. Onde in alcuni infermi egli è esclusivamente limitato alla regione iliaca destra, in molti più occupa tutto l' ipogastrio, mentre che in altri si innalza verso l'epigastrio, da dove non è raro che distendasi a tutto l'addome; ed anche in quest'ultimo caso esso collegasi ad uno stato d'indolenzimento, tanto delle parti vicine, come del petto, dei reni, del dorso, od anche di tutta la superficie del corpo.

Nei primi giorni della malattia osservasi nello stato della circolazione una forte reazione con sintomi infiammatorii notabili; il polso è largo e soventemente resistente; la sua frequenza è aumentata; la pelle è al tempo medesimo rossa e alituosa; ma in molti casi la gravezza dei fenomeni infiammatorii perde dopo pochi giorni quasi tutta la sua intensità; il polso conserva la sua frequenza la quale eziandio va spesso ad aumentare, ma perde della sua espansione, della sua resistenza e facilmente cede alla compressione; il calore della pelle acquista un carattere acre che conserva soventemente per tutto il tempo della malattia. Sì fatte modificazioni nello stato della circolazione generale si effettuano ordinariamente negli ultimi giorni del periodo che stiamo descrivendo; in picciolissimo numero di casi elleno sopravvengono quasi sul principiare della malattia.

La traspirazione cutanea è alcuna volta abbondante nei primi giorni; ella assai spesso accompagna l'apparizione dei primi accidenti febbrili, e manda in qualche caso un odore acido notabile; ma cessa verso la metà del primo periodo e le succede quel calore secco, mordicante che era stato considerato come uno dei caratteri della febbre biliosa.

Taluni medici hanno preteso di avere osservato che la pelle dell' addome fosse ad una temperatura più alta di quella delle altre parti del corpo, ed hanno voluto riferire quest' innalzamento di temperatura del ventre all'infiammazione di uno degli organi contenuti in questa cavità; ma cotesta osservazione era inesatta: noi abbiamo sovente fermata la nostra attenzione su di quest' oggetto e paragonato il calore dell' addome con quello delle altre parti del corpo, nè v'abbiamo trovato quella differenza che eglino hanno detto; la cagione trattanto che ha potuto indurli in errore, si è la differenza che passa tra la temperatura dell' addome e quella della superior parte del petto nella maggior parte dei soggetti, imperocchè essendo questa ultima parte molto più frequentemente scoperta dell' addome, deve necessariamente avere una più bassa temperatura; ma ammettendo anche il fatto come è stato asserito, nulla se ne potrebbe concludere intorno alla natura della malattia, poichè non pare che l'infiammazione, tanto del tubo digestivo, quanto del peritoneo, qualunque intensità si supponga che abbia, possa realmente determinare l'innalzamento della temperatura dell' addome, in quella guisa ap-

punto che l'infiammazione dei polmoni o delle pleure non ha alcuna diretta influenza sul calore della pelle che cupre il petto.

L'orina è scarsa, fortemente colorita, e manda fetido odore.

Nel corso della febbre tifoide e particolarmente nel primo periodo, si vedono di frequente sopravvenire delle epistassi. Egli è questo un sintomo di gran valore come mezzo diagnostico, soprattutto allorquando apparisce nei primi giorni della malattia. Avvegnachè, non ostante il gran numero di sintomi propri dell'affezione tifoide che si manifestano nei primi giorni della malattia, e che non possono, nella maggior parte dei soggetti, lasciare, anche nel principio, alcun dubbio intorno alla natura dell'affezione, sonovi contuttociò alcuni casi nei quali la mancanza dei più importanti di cotesti sintomi può impedire al medico di fare una positiva diagnosi; se in questi casi dubbiosi sopravvenga una o più epistassi, questo nuovo sintomo potrà alcuna volta bastare a far conoscere la vera natura della malattia. L'epistassi che sopravviene nel processo dell'affezione tifoide è un fenomeno tanto più importante in quanto osservasi eziandio in soggetti che per l'innanzi mai hanno sofferto perdite di sangue pel naso, e che all'età in cui l'affezione tifoide sopravviene di già è più raro nello stato normale. Altresì non si può paragonare la rarità dell'epistassi che sopravviene, potrebbesi dire accidentalmente, in qualche persona che goda di buona salute o travagliata da altre malattie acute, colla frequenza con cui manifestasi nella febbre tifoide.

Queste epistassi non sono abbondantissime, come pure non consistono soventemente che in alcune gocce di sangue che cola per le fosse nasali; in alcuni casi sonosi esse assai spesso rinnuovate e sono state assai considerabili da indebolir molto il malato e da rendere necessario il tappamento delle fosse nasali, ma rarissimamente accade che elleno abbiano questa gravezza, e talvolta ancora non si manifestano che per lo sputare sputi rossi e liquidi o neri e aggomitolati che si possono scorgere guardando nelle fauci avanti che siano espulsi.

Nella respirazione si notano, nel corso della affezione tifoide, delle modificazioni che importa di esaminare e studiare specialmente riguardo alla diagnosi. Nei primi giorni della malattia e spesso anche nel principio si sente in ambedue i lati del petto, in gran numero di soggetti, un rantolo sibiloso che ne occupa la totalità, e che peraltro è più forte verso la base ed indietro che verso la sommità ed in avanti. La tosse raramente è proporzionata colla forza di cotesto rantolo, e gli spurghi, poco numerosi, sono generalmente trasparenti, filanti, tenaci, viscosi, fortemente aderenti al vaso, ed hanno una forma stellata che dipende dalla difficoltà colla quale vengono espulsi dalla bocca, e da una particulare alterazione dei fluidi somministrati dai follicoli e dalle glandule salivari. Raramente la respirazione incontra notabile difficoltà; sonovi peraltro alcune accidentali cagioni che possono indurre un certo grado di dispnea; così le mucosità nasali avendo sofferta la medesima alterazione del muco della bocca, seccano colla stessa facilità, ed alla perfine ostruiscono più o meno completamente il canale delle fosse nasali ed impediscono il libero corso dell'aria; l'effetto stesso è parimente prodotto dal sangue delle epistassi che coagulasi nelle fosse nasali a motivo delle medesime circostanze. Il meteorismo dell'addome, allorchè è grande, induce alcuna volta una dispnea che pare che minacci il malato d'imminente soffocazione.

L'ultimo sintomo che comparisce nel corso del primo settenario, ma del tutto alla fine, si è l'eruzione tifoide. Di 54 casi in cui noi abbiamo osservata quest'eruzione nel corso degli anni 1831 e 1832, due volte soltanto ell'è comparsa nel sesto giorno della malattia; in tutti gli altri soggetti non si è manifestata che nel corso del secondo od anche del terzo periodo.

I sintomi che si sono discorsi incontransi assai spesso nei soggetti attaccati da febbre tifoide, a segno che, nella maggior parte dei casi, non debba restar dubbio sulla diagnosi avanti la fine del primo periodo; ma in alcuni casi assai rari non osservasi alcuno dei sintomi particolari di quest'affezione, e lo stato febbrile più o meno notabile è il solo fenomeno che si manifesti. Allora bisogna aspettare, per fare una diagnosi certa, al periodo segnente.

Rarissimamente la morte sopravviene

nel primo periodo. Di 24 persone attaccate di febbre tifoide che sono morte nelle sale della clinica una sola è morta alla fine di questo periodo.

SEZIONE III.

SECONDO PERIODO.

In questo periodo s'incontrano nuovi sintomi da esaminare e si osservano dei cambiamenti in quelli che appartengono al periodo precedente.

Nella prima metà, ordinariamente tra il settimo ed il nono giorno, vedesi apparire quell'eruzione tutta particolare che è propria della febbre tifoide e consiste in picciole macchie rosee che spariscono comprimendole, aventi un diametro la cui grandezza sta tra la mezza linea, e le due linee, di forma rotonda, senza rialzo o che appena appena si alzano un poco al disopra della pelle, sparse sull'addome, qualche volta sul petto e più raramente sulle cosce, sulle braccia e sui cubiti. Queste picciole macchie sono tanto più distinte quanto è più bianca la pelle; nelle persone la cui pelle è bruna desse alcuna volta difficilmente si distinguono. Il loro numero non potrebbe essere determinato imperocchè non tutte sono egualmente apparenti; ma affinchè esse servano a caratterizzare l'affezione tifoide debbono essere per lo meno in numero di quindici o venti. Quando non ve ne sono che due o tre non si potrebbe attribuire un qualche valore alla loro presenza.

L'eruzione non avviene in tutti i luoghi al tempo stesso; soventemente accade che dopo aver visto, per lo spazio di tre o quattro giorni, alcune macchie rosee sull'addome, ma in tal picciola quantità da non considerare la loro presenza come importante, si trovano ad un tratto numerosissime sul petto e sull'addome, e qualche volta sulle cosce, sulle braccia, sul dorso, ed anche sulla faccia, ma più di rado che mai.

La sua dorata non sempre è la medesima; in alcuni casi, dopo due o tre giorni, non ne resta più vestigio; altre volte persiste per lo spazio di dodici o quindici giorni, ma in questo caso dessa probabilmente si compone di più eruzioni successive, perchè ciascuna macchia rosea non è ordinariamente visibile che per tre o quattro giorni e qualche volta meno; e dopo si fatto tempo desse spariscono del tutto dopo essere divenute di meno vivace colore.

Queste chiazze fanno tutt'al più alla superficie della pelle un lieve rialzo, ma mai hanno la forma conica o vesciche nella loro sommità.

È raro che apparisesno avanti l'ottavo giorno dopo l'invasione della malattia. Ecco del resto il risultamento delle osservazioni fatte nelle nostre sale negli anni 1830, 1831, e 1832. Di settanta casi di febbre tifoide dove, con diligenza ed accuratezza osservando, è stata notata la presenza o la mancanza delle macchie rosee lenticolari, in sedici non è venuto fatto, in nessun tempo della malattia, trovare tracce di questa eruzione, il che porta al quarto circa del numero totale dei malati attaccati da affezione tifoide, quello dei soggetti nei quali l'eruzione è mancata.

In quanto al giorno in cui l'eruzione si è manifestata, vi è stata grandissima varietà. Quindi di venticinque malati ricevuti nelle nostre sale avanti l'apparire dell'eruzione in discorso, e nei quali si è manifestata nel corso della malattia:

In 2, è comparsa dal 6.° all' 8.° giorno della malattia;
In 11, — — — dall' 8.° al 15.° giorno;
In 7, — — — dal 15.° al 20.° giorno;
In 4, — — — dal 20.° al 30.° giorno;
In 1, — — — nel 37.° giorno.
25

Ma questi venticinque malati non sono i soli nei quali siasi osservata l'eruzione che si discorre; in altri ventinove si osservò al momento in cui furono ricoverati nell'ospedale, il che seguì in tempi differenti della malattia, si osservò il giorno della loro entratura:

In 1, che fu ricevuto al 6.° giorno della malattia;
In 15, — — — dall' 8.° al 15.° giorno;
In 8, — — — dal 15.° al 20.° giorno;
In 4, — — — dal 20.° al 30.° giorno;
In 1, — — — nel 36.° giorno.
29

Onde di cinquantaquattro soggetti nei quali abbiamo osservata le chiazze lentico-

lari, in nessuno se ne sono vedute prima del sesto giorno, ed in due non sono comparse che dopo il trentesimo giorno della malattia. I dati che si possono dedurre da queste due tavole sul tempo dell'apparizione di questa eruzione nella febbre tifoide ci pare che vogliano essere considerati come certi, poichè concordano con quelli dedotti da un numero molto maggiore di malati dal Louis, il quale non ha osservata l'eruzione avanti del sesto giorno, ed in un caso l'ha trovata al trentacinquesimo.

Se a cotesti risultamenti si aggiunge un altro importante fatto, cioè che quest'eruzione è sì rara nelle altre affezioni acute quanto è comune nella febbre tifoide, e che nei casi rari no' quali osservasi nel corso di una pneumonite, d'un'enterite, o di altre acute affezioni, mai è in tanta copia quanto nella febbre tifoide, si comprenderà la ragione per cui noi ammettiamo a questa eruzione sì gran valore per la diagnosi della malattia di cui si tratta.

Si è voluto, egli è vero, negare quest'importanza che per noi qui si attribuisce all'apparizione delle macchie lenticolari, dicendo che elleno sono il prodotto dell'azione al disotto della pelle dell'addome degli empiastri, delle fomentazioni, dei bagni. Si fatta asserzione è talmente erronea che pare non aver bisogno di confutazione; ma siccome parecchi di voi non hanno frequentato la nostra clinica assai lungo tempo per avere un'opinione ferma su di questa materia, vogliamo qui trattenerci a dirne poche parole.

È noto quanto sia raro che i poveri attaccati dalla febbre tifoide impieghino, avanti di entrare nell'ospedale, empiastri, fomentazioni e bagni; e trattanto apparisce dall'ultima tavola per noi presentata, che nella metà quasi di questi soggetti, esaminati all'epoca in cui furono ricevuti nell'ospedale (29 di 70) già si vedeva l'eruzione. La comparsa adunque dell'eruzione tifoide non potrà essere attribuita all'azione di applicazioni che non sono state fatte.

In quanto a quella che si è sviluppata negli altri venticinque malati nel tempo che erano nelle sale della clinica, neppure essa si può attribuire alla medesima cagione, imperocchè sovente accadeva che non si facessero queste sorte di applicazioni, massimamente prima che da noi si fosse cominciato a tentare la cura coi cloruri. Altresì vedesi qualche volta cotesta eruzione apparire al tempo medesimo sul petto, sulle braccia e sulle cosce, parti sopra lo quali non si applicano fomentazioni, nè empiastri; mentre in altre malattie, come l'enterite, in cui costantemente s'impiegano questi mezzi, non osservasi l'eruzione che rarissimamente.

Lo sviluppamento dell'eruzione detta non è dunque l'effetto di tali cagioni estranee alla malattia alle quali era stato attribuita, e la sua presenza, unita ad alcuni altri sintomi della febbre tifoide, deve essere considerata come di gran valore per la diagnosi dell'affezione di cui si sta trattando.

Le macchie rosee lenticolari facilmente si distinguono dalle petecchie e dalle morsicature di pulci, in quanto in queste ultime evvi stravasamento di sangue alla superficie del derma, ed il loro colorito, invece di diminuire sotto la compressione, diviene più che mai appariscente per lo scolorarsi della pelle circostante. Nelle macchie tifoidi al contrario il rossore sparisce del tutto come nell'erisipela, dove havvi evidentemente congestione sanguigna, ed in cui cessando la compressione vedesi all'istante ricomparire.

Questa eruzione è simile a quella descritta da Hildenbrand, e che si osserva nel tifo degli accampamenti, come si è da noi verificato nei numerosi casi che abbiamo osservati nel 1814. Per determinazione presa in quel tempo dall'amministrazione degli ospedali di Parigi, si vollero riunire tutti i casi di tifo in due ospedali: quello della Pietà fu destinato agli uomini e quello della Carità alle donne. In quel tempo essendo io addetto al servizio di sanità di quest'ultimo ospedale ebbi molte occasioni di osservare questa eruzione tanto nelle donne che in numero di cento venti furono ricevute nell'ospedale, quanto in molti uomini i quali dopo esservi stati ammessi venivano trasportati alla Pietà. In quasi tutti questi malati si osservava l'eruzione di cui qui si discorre, ed in tutti ella aveva i medesimi caratteri, ma solamente con la differenza che ell'era generalmente più abbondante e mostravasi alla faccia e sulle membra superiori e inferiori, parti del

corpo in cui essa di rado manifestasi nella febbre tifoide.

Pare che questa eruzione sia stata in alcune epidemie di febbri continue, sì numerosa da somministrare il più notabile carattere della malattia, per cui a coteste febbri è stato dato il nome di petecchiali.

Durante il corso del medesimo periodo, ma ad un'epoca più lontana e ordinariamente verso la fine, osservasi ancora altra eruzione che non appartiene alla febbre tifoide così specialmente come la precedento, ma che incontrasi in questa malattia più frequentemente che in alcuna altra: ell'è conosciuta sotto il nome di *sudamina*.

I sudamina sono piccole vescichette mezzo emisferiche, trasparenti di un quarto di linea alla mezza linea di diametro, di superficie lucente allorchè vengono obliquamente guardate, mentre quando cercansi in direzione perpendicolare al loro asse sfuggono all'occhio. Sì fatta circostanza viene a spiegare come siano passate e passino ancora tuttogiorno inosservate ad un certo numero di medici, soprattutto di quelli che hanno fatto i loro studi in tempo in cui cotest'esame era quasi intieramente trascurato nei corsi di clinica. Del resto è facile distinguere coteste piccole vescichette per mezzo del tatto: il polpastrello delle dita scorso con precauzione sulle parti nelle quali esso ordinariamente spesseggiano, distingue una moltitudine di piccole diseguaglianze che danno alla superficie della pelle qualche cosa di rugoso e spiacevole. Esse sono lacerate e divallate pel minimo sfregamento, e le dita vengono ad essere bagnate dal liquido che vi si contiene. Questo liquido, che è affatto scolorito quando l'eruzione è recente, diviene dopo alcuni giorni un poco appannato: esso non più riempie esattamente la vescichetta che lo contiene, ed allora l'epidermide si fa rugosa avanti di lacerarsi. Quest'eruzione generalmente mostrasi prima di tutto sui lati del collo, nella vicinanza delle ascelle e delle anguinaie. In molti soggetti ella resta limitata a queste regioni; in altri distendesi a tutto il tronco, ed in qualcuno eziandio a tutta la lunghezza delle membra superiori e inferiori; mai si è da noi osservata nella faccia. In quei casi nei quali diviene generale, le vescichette sono sovventemente più accoste, più grandi; possono avere fino due linee di diametro ed in alcuni punti divengono confluenti.

Quest'eruziona che apparisce più tardi dopo le macchie rosee, soltanto verso il secondo periodo, è essa pure di qualche valore per la diagnosi della febbre tifoide, imperocchè quantunque non appartenga a quest'affezione sì esclusivamente come l'altra eruzione, contuttociò ella vi si mostra più spesso che in tutt'altra malattia, e può essere frequente quanto la stessa eruzione tifoide; peraltro, siccome non apparisce ordinariamente che ad un epoca in cui per lo più non resta dubbio alcuno intorno alla natura della malattia, ed assai frequentemente osservasi in altro affezioni, ell'è, in realtà, per questa parte di minore importanza.

Si può medesimamente riguardare come uno dei caratteri propri della febbre tifoide, la facilità colla quale si formano le escare e le esulcerazioni alla superficie delle diverse parti, e principalmente alla superficie delle piagha artificiali, nel corso del secondo periodo o del terzo. I pratici che sovventemente impiegano i vescicanti nella cura dell'affezione in discorso vedono di frequente, e quasi in tutti i casi gravi, la superficie della pelle denudata dalle cantarelle coprirsi ad una certa epoca di una pellicola di color bianco grigio che va aumentando di grossezza e che staccandosi lascia un cavo ulceroso più o meno profondo.

Questo fenomeno, che non osservasi in alcuna altra affezione, ha trattanto qualche analogia con ciò che osservasi nello salo di chirurgia in cui infierisce la gangrena d'ospedale, tanto per l'ingombramento, quanto per altre sconosciute cagioni; ma qui devesi limitare questo confronto, perchè nella gangrena d'ospedale tale accidente non sviluppasi che sullo superficie denodate e non esiste che in circostanze che possono essere definite e sono per lo più estranee allo stato dei malati. Al contrario, la disposizione alle escare nella febbre tifoide osservasi in tutti i casi gravi, in tutte le stagioni e nei malati della città al pari che in quelli degli ospedali, e senza che le sale siano troppo piene. Dessa non limitasi punto alle superficie denudate, ma mostrasi in molti luoghi dove la pelle era intatta. Quando ha presa una parte limitasi assai

prontamente, nè distendesi successivamente alle vicine parti come la malattia colla quale la paragoniamo; e finalmente non manifestasi all'esterno soltanto, ma ancora sopra alcuni interni organi siccome lo dimostra l'apertura dei cadaveri di coloro che morirono per questa malattia.

La mortificazione delle parti esterne segue in taluni casi in una maniera affatto spontanea. È stata vista sopravvenire subitamente all'interna faccia delle cosce, sul dorso del piede e sopra altre parti dove non poteva essere attribuita ad alcuna delle cagioni che andiamo a dire.

Le parti sopra le quali erano stati anteriormente applicati i senapismi sono state alcuna volta colpite da gangrena senza che si potesse sospettare dell'azione di alcuna altra causa; questi casi si assomigliano naturalmente a quelli nei quali quest'accidente mostrasi alla superficie dei vescicanti.

Altre volte pare che dipenda specialmente dall'influenza della compressione che il peso del corpo fa sopra alcune parti che gli servono di punto d'appoggio durante il tempo, spesso lunghissimo, che il malato resta coricato nella medesima posizione: tra le quali parti la regione del coccige e quella del sacro, ed in casi molto rari, la regione posteriore del tallone sono le più esposte a sì fatto accidente. In questi casi quella che formasi sul punto affetto è una vera escara e staccasi ordinariamente come tutte le altre escare, per l'infiammazione delle vicine parti.

Evvi una parte in cui l'accidente che si discorre ha qualche volta luogo e non è stato conosciuto che dopo la morte. Ci è accaduto qualche volta di trovare il cuoio capelluto di cotesta regione infiltrato ed il sottoposto tessuto cellulare rammollito in soggetti nei quali, durante la vita non abbiamo avuto alcuna ragione per sospettare di questo stato che ci sembra dover essere riferito alla medesima cagione, cioè a dire alla compressione.

Talora a questa azione della compressione si aggiunge l'influenza delle qualità irritanti delle materie stercoracee e dell'orina versate nel letto. In alcuni casi ancora quest'ultima causa pare che abbia agito sola, onde in certe esulcerazioni che si osservano nelle pieghe delle cosce e delle natiche, secondo la posizione dei malati, è da credere che queste materie irritanti abbiano potuto lungamente trattenersi. Nel quale ultimo caso l'esulcerazione non formasi più come nel precedente; da prima scorgesi una crepatura nell'incavatura delle natiche, e contemporaneamente a che la pelle esulcerasi, nel sottoposto tessuto cellulare si forma un'escara di più linee di profondità e che non scorgesi se non dopo la distruzione della pelle. Quest'ultima può bensì dipendere dall'azione dell'orina, ma ne sembra difficile attribuire alla medesima causa l'escara del tessuto cellulare.

Nel qual caso ed in alcuni altri l'esulcerazione non dipende da alcuna delle due cagioni che si sono dette, ma nasce evidentemente ed unicamente da una disposizione particolare della malattia tifoide. Talvolta, ella prende allora la forma a cui gli autori hanno dato il nome di ulcera fagedenica, vale a dire senza produzione di escara apparente. Nei quali casi coteste ulceri cominciano da una specie di picciola pustula da cui, aprendosi, geme un fluido più o meno trasparente e lascia allo scoperto una picciola ulcera la cui estensione va in seguito aumentando.

Del resto, qualunque sia il modo di formarsi di queste differenti esulcerazioni, desse alcuna volta acquistano un'estensione veramente spaventevole ed allungano considerabilmente la convalescenza quando non accelerano prontamente il funesto termine della malattia.

Si osservano eziandio esulcerazioni sugli interni organi che per la loro posizione possono esaminarsi durante la vita del malato, per esempio nella bocca e sulla lingua; in quest'ultima si osservano talvolta ulceri allungate, profonde, strette e situate in direzione longitudinale, ed altre volte trasversalmente.

Contuttociò bisognerà guardarsi dal considerare come esulcerazioni della lingua l'ingrandimento delle pieghe naturali che in essa si osservano in alcuni soggetti, appena appena percepibili nello stato di sanità, ma che si fanno più apparenti e maggiori allorquando la lingua è fortemente secca e coperta di un grosso strato di materia foligginosa che aumenta la di lei grossezza. Queste fessure allora prendono intieramente l'aspetto di

profonde esulcerazioni; ma quando la lingua è stata umettata, quando è stata sgombrata delle materie che la ricoprivano ed ha ripreso il libero uso delle sue funzioni, allora fa maraviglia il non riscontrare più vestigia di queste esulcerazioni sì profonde e il non vedere, in luogo della cicatrice che si aspettava di trovare, che un semplice solco a mala pena percepibile.

Talvolta la disposizione all'esulcerazione osservasi medesimamente nelle punture delle mignatte, soprattutto quando queste sono state applicate nel corso del secondo periodo; sì fatte esulcerazioni per altro sono generalmente rare. Al tempo stesso che nel secondo periodo si osservano fenomeni che sono ad esso particolari, quelli del primo periodo aumentano d'intensità nella maggior parte dei casi, o prendono più gravi forme.

Nei casi meno gravi, e che sono anche i meno numerosi, il generale stato poco differisce da quello che era nel primo periodo; se eravi prostrazione e stupore alquanto notabili, persistono ordinariamente nel medesimo grado, come anche l'intorpidimento delle facoltà intellettuali allorchè esisteva; ma nei casi più gravi nell'universale stato delle forze che vanno ordinariamente scemando, si osserva un complesso di fenomeni notabilissimi. La contrattilità muscolare è gravemente alterata, la debolezza è tale che l'infermo non può aiutarsi e bisogna sollevarlo come massa inerte per apprestarli quei soccorsi che lo stato suo richiede. Egli resta continuamente giaciuto sul dorso, e quando viene mutato di positura sempre ricade in quella a cui lo trascina il peso del corpo, per malagevole che sia, a motivo dell'esulcerazione dei tegumenti e del contatto dell'orina e delle materie stercoraeee che involontariamente escono.

Questa debolezza estrema della contrattilità muscolare non è solamente notabile nei muscoli che sono direttamente sotto il governo della volontà, ma osservasi ancora in quelli i quali, appartenendo a qualcuna delle funzioni della vita organica, dipendono meno immediatamente dalla volontà medesima.

Onde, nei casi gravi, quest'indebolimento della contrattilità osservasi assai soventemente nei muscoli della deglutizione: le bevande che vogliono far prendere al malato sono qualche volta rigettate per la bocca o pel naso; esse non possono passare nell'esofago. Sonovi, è vero, alcuni casi in cui questa impossibilità d'ingoiare i liquidi dipende da una particolare alterazione dell'epiglottide o della laringe; ma ve ne sono ancora di quelli nei quali non trovasi altra cagione, per spiegare il fatto fenomeno, che la mancanza d'azione dei muscoli della deglutizione; altresì egli è spesso possibile distinguere queste due sorta di casi.

In quelli nei quali l'impossibilità di ingoiare dipende da alterazione dell'epiglottide, evvi sempre ingrossamento con induramento o infiltramento di cotesta parte, e riflusso delle bevande pel naso; per quanto picciola sia la quantità del liquido versato nella bocca, è all'istante medesimo rispinto fuori con minaccia di soffocazione; in quei casi nei quali non evvi che debolezza della contrattilità muscolare, se la testa dell'infermo sia in convenevole modo sostenuta mentre cercasi di farlo bere, il liquido uscirà soventemente per la bocca senza produrre minacce di soffocazione, l'epiglottide non presenterà alcuna delle alterazioni che si sono dette.

Evvi qualche caso in cui la disfagia vien prodotta dall'infiammazione delle fauci o dal formarsi di esulcerazioni sulla mucosa della faringe o dell'esofago, ed altri ve ne sono finalmente in cui ell'è effetto della presenza di uno strato di muco secco alla superficie della base della lingua e della faringe, e che impedisce o rende considerabilmente difficili i movimenti di deglutizione.

Uno dei più funesti effetti dell'indebolimento della contrattilità muscolare manifestasi per le evacuazioni involontarie: il malato che è quasi estranio ad ogni esterna od interna sensazione, non essendo punto avvertito dall'avvicinarsi delle materie stercoracee liquide, non fa alcuno sforzo per ritenerle, ed esse escono fuori senza che se ne accorga, egli non può impedire a che escano. Talvolta riesce di far sì che il malato, parlandoli autorevolmente e cercando di spaventarlo, stia cauto e guardingo, nel caso in cui conserva tuttavia assai sentimento; ma per lo più egli dimentica, dopo un istante, e le minacce e i consigli.

Un accidente più funesto ancora della evacuazione involontaria delle materie stereoracee, quando il medico non se ne avvede per tempo, si è la ritenzione delle orine. Queste si accumulano in grande quantità nella vescica, la distendono ad un segno talvolta considerabile e dopo avere spesso prodotto gravi effetti sull'economia, se non venga praticato a tempo il cateterismo, escono goccia a goccia, ma senza che la vescica resti del tutto vuota; onde, allorchè lo stato del malato si aggrava, quando la prostrazione si fa notabile, il medico non si deve contentare di domandare tutti i giorni se l'infermo abbia orinato, ma deve assicurarsene da se medesimo e portare la mano sulla regione soprapubea, dove la presenza di un tumore rotondo accennerà il bisogno di praticare il cateterismo.

Finalmente, in taluni casi, l'indebolimento della contrattilità muscolare estendesi ai muscoli della respirazione, ed allora l'esistenza dei malati è minacciata molto da vicino.

Nè quest'indebolimento della contrattilità è il solo fenomeno che si osservi nel sistema muscolare nel corso del secondo periodo; non di rado accade di vedere, contemporaneamente alla più notabile prostrazione, sussulti di tendini nelle braccia e nelle mani, dove sono più apparenti e dove più facilmente si scorgono. Si osservano parimenti moti convulsi in altre parti e particolarmente ne'muscoli del naso e del labbro superiore. Finalmente, l'alterazione della contrattilità muscolare manifestasi talvolta, ma molto più di rado, sotto una forma particolare che chiamasi *carfologia*. Ma qualunque sia la spiegazione che si dà di cotesto fenomeno singolare in affezioni differenti della febbre tifoide in cui pure si osserva, non è probabile che in questa ultima la volontà del malato abbia la minima parte nei suoi movimenti, e che si possano considerare come un effetto semplice dell'allucinazione della vista. Lo stato dell'intelletto del malato e più altre circostanze non permettono che si attribuisca unicamente a questa cagione.

In essi ancor più gravi, si osserva universale e permanente irrigidimento, fenomeno molto grave e ricordato dagli autori come sempre funesto; noi medesimi eravamo stati in questa opinione fino a questi ultimi tempi, quando alcuni mesi fa avemmo occasione di osservarlo in un giovine di quindici anni, che inoltre presentava afonia e picciolezza di polso considerabili; in esso l'irrigidimento durò per due giorni, e poco tempo appresso entrò in una buona convalescenza.

Nello stato delle funzioni cerebrali si osservano medesimamente considerabili differenze nel giro di questo secondo periodo. Nei casi poco gravi, la cefalalgia si è ordinariamente dileguata del tutto; in luogo della continua vigilia e del coma vigile durante i quali il malato restava accessibile a tutte le esterne ed interne sensazioni, egli è sovente immerso in una sonnolenza da cui malagevolmente si desta, e solo per alcuni istanti; lo stupore è allora notabilissimo; il malato è insensibile a tutte le interne ed esterne impressioni; è il *coma sonnolento* degli autori, che spesso dura per più giorni; quando vien fatto di ritrarre l'infermo da questo stato con domande fatte ad alta voce, ed imprimendoli leggiere scosse, ei risponde alcune parole, spesso non intelligibili, e ricade in seguito nello stato di riposo e di sonnolenza.

Ma quando lo stupore giunge al maggior grado, quand'è impossibile destare per un istante l'attenzione dell'infermo, e che, non ostante i più forti mezzi eccitanti, egli si rimane affatto insensibile, è il coma profondo il quale comunalmente dura per più giorni avanti la morte.

Invece dello stupore e dei suoi differenti gradi che si sono discorsi, spesse volte si osserva nei malati uno stato di eccitazione delle facoltà intellettuali che viene manifestato pel delirio. In questo fenomeno si notano grandissime varietà riguardo alla gravezza e alla durata: alcuna volta non osservasi che sulla sera o nel corso della notte, e cessa insieme col parossismo durante il giorno; altre volte è continuo; in taluni malati il delirio è acuto ed è forza ricorrere a violenti mezzi per tenerli fermi, in altri è un delirio placido e senza agitazione. Grandissima varietà notasi parimente nel genere d'idee che occupano il malato durante il delirio; qualche volta passa dall'una nell'altr'idea; altre volte è del continuo tormentato dall'idea medesima. Onde parecchi di voi hanno veduto, nel

1831, nella sala Santa Maddalena, un uomo preso da febbre tifoide che arrivò all'ospedale col libero uso della ragione, almeno in apparenza, ma che chiedeva continuamente d'essere salassato; quest'idea lo tenne occupato senza posa nel corso del primo periodo, benchè gli fosse stato cavato sangue per tre volte nell'ospedale ed una volta fuori; e fu il primo indizio di un delirio che si fece in seguito violento, ma nel principio non fu associato nè ad agitazione nè a generale eccitamento, e per più giorni molti di voi neppure ne ebbero sospetto, tanta era la calma in cui era il malato e l'ordine eziandio che osservavasi nelle sue idee.

Un fenomeno che assai spesso incontrasi nel secondo periodo e che in alcuni casi può essere confuso collo stupore, si è la durezza dell'udito che si osserva in alcuni soggetti attaccati d'affezione tifoide e che talora giunge perfino all'intiera sordità. In picciolo numero di casi si può, egli è vero, considerare la durezza dell'udito come dipendente dallo stupore medesimo, ma in altri ell'è del tutto distinta.

Gli altri sensi soffrono essi pure analoghe modificazioni benchè meno forti; quindi il gusto è qualche volta singolarmente alterato: si sono visti malati masticare senza ripugnanza pillole di canfora e di altre sostanze che muovono disgnito nello stato di sanità. La vista anch'essa spesso perde della sua forza; pare che il malato, quantunque in perfetto conoscimento, provi talora difficoltà a conoscere i suoi amici; se li venga presentato un libro non sa distinguerne i caratteri.

I fenomeni febbrili generali provano, nel numero maggiore dei casi, importanti modificazioni e soprattutto grande diminuzione della forza di reazione; nel polso si notano considerabili anomalie per cui ad alcuni casi di quest'affezione è stato dato il nome di febbri maligne, in un epoca nella quale annettevasi un' importanza quasi esclusiva all'esame del polso; ordinariamente egli è, nel corso di questo periodo, picciolo, debole, tremulo, alcuna volta rimbalzante, a scosse, intermittente. La sua frequenza varia nella maggior parte dei casi dalle cento alle cento venti pulsazioni al minuto; in altri non oltrepassa le ottanta o le novanta. Evvi eziandio qualche caso, alla fine del secondo periodo, in cui il polso scende al disotto della sua normale frequenza, e dà, per esempio, quaranta o cinquanta pulsazioni per minuto. I parossismi sempre hanno luogo la sera, talvolta sono appena sensibili, altre volte violenti e più di rado preceduti da brividi e seguiti da sudori come nel primo periodo.

Il calore della pelle diviene anche più acre che nel primo periodo. la pelle stessa è molto più secca e toccandola pare più rugosa.

Importanti cambiamenti si incontrano pur anche nello stato delle funzioni digestive. La sete è comunalmente meno ardente; avendo in molti casi cessato le fosse nasali di essere permeabili all'aria, il malato è obbligato a respirare colla bocca, la quale si fa di più in più secca, ed alle volte coperti in tutti i punti della sua superficie di uno strato grigiastro dovuto all'ispessimento della saliva. Le labbra, i denti, la lingua son coperti di uno strato di muco da prima grigio, poscia bruno, poi nero e lucente che talora intieramente li involge.

La formazione di cotesto intonaco, a cui è stato dato il nome di fuligginosità, e che alcuni fisiologi hanno attribuito ad una esalazione di sangue alla superficie di dette parti della bocca, non è che il prodotto del riseccarsi dei fluidi occasionato dalle cagioni che già si sono ricordate. In un certo numero di casi, attentamente esaminando l'infermo, si può tener dietro ed osservare giorno per giorno la deposizione di quest'intonaco alla superficie degli organi nominati. Sulle prime è una spezie di stretto ricamo di color giallo o roseo che seguita la curvatura delle labbra od apparisce sull'estremità libera dei denti. L'indomani od i giorni seguenti, cotesto strato, acquistando maggior grossezza ed estensione, prende un colore vinoso che non sta molto a trasmutarsi in una gradazione più carica per la soprapposizione di nuovi strati e così arriva poco a poco fino al nero vivace e lucido che fece supporre l'esalazione sanguigna.

Quest'intonaco, che osservasi nella maggior parte dei casi gravi e in quelli nei quali la malattia ha dorato lungo tempo, prestamente riproducesi quando è stato levato via nel corso del secondo periodo,

Quasi è inutile il dire qui che non osservasi soltanto, come è stato detto, nei casi nei quali è stata impiegata la curazione tonica: di 36 soggetti le cui osservazioni sono state fatte nelle sale della clinica, ed in cui queste fuligginosità si sono vedute notabilissime, pochi di essi soltanto sono stati curati coi tonici, e niuno evvi di questi ultimi in cui non esistessero avanti che tale medicatura fosse posta in pratica.

La diarrea persiste, qualche volta però meno frequente che nel primo periodo; dessa acquista un carattere di notabile gravezza quando le evacuazioni divengono involontarie, tanto per la debolezza generale che elleno denotano e che tendono ad aumentare, quanto per le funeste conseguenze alle quali deve necessariamente portare il contatto prolungato delle materie coi tegumenti.

È appunto in questo secondo periodo che veggionsi sopravvenire in picciol numero di casi, emorragie intestinali alcuna volta poco abbondanti, ma altre volte fortissime, e che in talune occasioni spingono prestamente a morte i malati. In alcuni soggetti esse si rinnuovano tutti i giorni per assai lungo tempo. Il medico deve da se medesimo assicurarsi della natura delle evacuazioni in questo periodo; imperocchè quando il sangue è restato per qualche tempo dentro agl'intestini, egli ha già sofferto o una specie di digestione od un certo grado di scomposizione che ne cangia l' apparenza, ne modifica il colore, e ne fa una sostanza poltacea, nera che può passare inosservata.

Coteste emorragie intestinali hanno un' importanza assai grande per la diagnosi della febbre tifoide, nel corso della quale sono esse molto più frequenti che nella maggior parte delle altre malattie; esse possono nei casi dubbiosi rischiarare il medico sulla natura dell'affezione, imperocchè sono nel secondo periodo ciò che l' epistassi è nel primo, con questa differenza peraltro che elleno sono meno frequenti nell'affezione tifoide di quest'ultimo accidente.

Poche modificazioni si osservano nel meteorismo nel corso del secondo periodo; la sola, ed è importante, si è che in alcuni casi aumenta considerabilmente e giunge al grado a cui gli autori hanno dato il nome di timpanite. Al qual grado egli aggrava ancora la malattia per la difficoltà che apporta al respiro.

I dolori addominali che alcuna volta sono assai vivi durante il primo periodo, sono appena appena sentiti nel secondo, se non se nei soggetti nei quali la malattia ha una forma assai benigna e che conservano il libero uso di tutti i loro sensi e delle loro facoltà intellettuali.

Le epistassi raramente sopravvengono nel corso del periodo che si sta discorrendo.

Pare che l' orina non abbia sofferte nuove modificazioni; la sua secrezione è continuata quasi senza alcun nuovo turbamento, eccetto una leggiera diminuzione nella sua quantità ed un colorito più carico.

Spesso la respirazione è più difficile, benchè i sintomi locali ed il rantolo sibiloso non siano notabilmente cresciuti, e qualche volta abbiano anzi perduto della loro intensità.

L'alito dei malati manda, al pari di tutta la superficie cutanea, ed in maniera molto più notabile che nel primo periodo un odore fetido e che non si osserva che nei soggetti che sono affetti da febbre.

Tali sono i fenomeni propri del secondo periodo e le modificazioni che durante il suo corso si osservano in quelli che non sono se non la continuazione del primo.

Non in tutti i casi per altro incontrasi quella gravezza di sintomi che per noi si è descritta. Ve ne sono di tali in cui la malattia tiene un corso molto più semplice, senza fenomeni spaventevoli, ed in cui lo stato febbrile, e soltanto con alcuni dei sintomi propri della febbre tifoide, basta per caratterizzare la malattia.

In taluni casi, la morte colpisce nel giro di questo secondo periodo, vale a dire tra l'ottavo ed il quindicesimo giorno. Onde di quarantadue soggetti che sono morti nella clinica, e le cui osservazioni sono state diligentemente raccolte, nove sono morti in questo intervallo, vale a dire nel più acuto periodo della malattia.

SEZIONE IV.

TERZO PERIODO.

I fenomeni di questo terzo periodo variano secondo che la malattia procede verso la convalescenza o verso il fatal

termine: abbiamo già detto che dei quarantadue soggetti che sono morti dell'affezione in discorso, dieci ne sono morti nei due primi periodi. Troviamo parimente che tra gli ottanta casi di febbre tifoide che hanno avuto fausto fine, non ve ne ha uno solo in cui la convalescenza abbia cominciato nel primo periodo, e tra quelli i cui sintomi sono stati di qualche gravezza, niuno dei soggetti è entrato nella convalescenza avanti la fine del secondo. Onde è quasi sempre durante il terzo periodo che cessa il movimento febbrile, a qualunque termine vada la malattia, tanto colla guarigione quanto colla morte.

Allorchè il termine deve essere fausto, i più gravi sintomi perdono della loro intensità; se l'infermo continuava a rispondere alle domande che gli venivano fatte, ora risponda con maggiore speditezza, ed i suoi occhi si rivolgono volontariamente verso la persona che gli parla; questo primo sguardo del malato, quest'espressione della sua fisonomia, che prova che già egli comincia ad uscire dallo stato di stupore, pel quale pareva affatto estraneo a tutto ciò che attorno di lui succedeva e mostra che egli prende interesse alla sua sorte, quest'attenzione con cui pare che interroghi il medico, sono segni certi di miglioramento.

In altri casi, la specie di coma in cui il malato restava continuamente, cangiasi in assai placido sonno, da cui destandosi si trova che ha ricuperato in parte il suo intelletto.

Nel maggior numero dei soggetti, i movimenti sono meno difficili, la difficoltà della deglutizione va diminuendo, e benchè la debolezza continui tuttora, il malato contuttociò eseguisce alcuni movimenti che non avrebbe potuto fare due o tre giorni innanzi.

La bocca e la lingua si nmettano, il meteorismo diminuisce; le materie evacuate prendono un colore più giallo, hanno maggior consistenza e meno fetido odore. Qualche volta, al momento in cui avviene il primo miglioramento dei sintomi, si veggiono apparire nelle egestioni materie solide e formate con grande maraviglia degli astanti i quali difficilmente comprendono come una tale mutazione sia potuta seguire in sì breve tempo. È probabile che coteste materie fossero restate per tutto il tempo della malattia in alcune tortuosità del colon, e non avessero impedito il passaggio delle materie liquide. In questi casi escono alcuna volta quantità prodigiose di materie nere e secche.

Se il malato non sentiva passare le materie, ora se ne accorge e sente il loro approssimarsi, e quantunque non sempre possa ritenerle, ha qualche volta tempo di chiedere aiuto.

La respirazione diviene meno disagiata, gli spurghi sono più liquidi, meno viscosi e vengono espettorati con minore difficoltà.

Il polso scema di frequenza ed è meno molle, più resistente, mentre la sua frequenza era al contrario al di sopra del ritmo normale, dessa vi si avvina di più in più.

La pelle non è più così secca; qualche volta sopravviene lieve sudore, ed altre volte la pelle riprende un certo grado di morbidezza senza che avvenga valutabile traspirazione.

L'impossibilità di respirare pel naso che era sopravvenuta durante il secondo periodo sia a motivo delle mucosità fattesi secche e che ostruivano le fosse nasali, sia per la presenza di grumi emorragici, va diminuendo, umettandosi le fosse nasali e divenendo più libero il passaggio dell'aria.

Se siavi qualche piaga, ella prende un nuovo aspetto, miglior colore, e separa pus di buona natura. Nè cosa rarissima inoltre si è il vedere, in sì fatte circostanze, sopravvenire ascessi o flemmoni in differenti parti del corpo, dove mai è nato sospetto intorno all'azione di qualche locale irritazione esterna.

Finalmente, qualche giorno dopo che queste modificazioni hanno cominciato ad effettuarsi notasi nella figura del malato un considerabile smagramento; i suoi lineamenti divengono più distinti e più chiaramente esprimono le diverse emozioni che può provare.

Tali sono i cambiamenti che sopravvengono ad un epoca più o meno lontana dall'invasione, allorchè la malattia prende un fausto andamento.

Di 68 casi di guarigione dei quali e l'epoca dell'invasione della malattia, ed il giorno in cui il miglioramento aveva cominciato a manifestarsi per uno o per

più dei cambiamenti che si sono ricordati, sono stati notati, troviamo essere questo miglioramento avvenuto,

In 1 malato, l' 8.° giorno dopo l'invasione;
In 1 — —. il 9.° *idem*
In 4 — — il 12.° *idem*
In 3 dal 12.° al 14.° *idem* inclusivamente
In 10 dal 15.° al 16.° *idem*
In 15 dal 17.° al 20.° *idem*
In 14 dal 21.° al 25.° *idem*
In 11 dal 26.° al 30.° *idem*
In 8 dal 31.° al 40.° *idem*
In 1 il 45.° *idem*

Il principio di questo terzo periodo della febbre tifoide è dunque grandissimamente variabile, imperocchè i cangiamenti che lo caratterizzano nel maggior numero dei casi, cioè a dire in quelli nei quali la malattia termina colla guarigione, possono aver luogo dall' 8.° al 45.° giorno.

Contuttociò, sottraendo da questa somma quei casi nei quali il miglioramento si è manifestato avanti il quindicesimo giorno, e quelli in cui non è avvenuto che al di là del trentesimo, e che non sono se non eccezioni in picciol numero, restano ancora 50 casi di 68, vale a dire quasi 3 di 4, in cui questo miglioramento è sopravvenuto dal quindicesimo al trentesimo giorno.

In quei casi nei quali il termine deve essere funesto pei progressi che fa la malattia, l'alterazione dei linamenti diviene più notabile; la bocca continua ad essere arida, o se si fa umida è solo per la secrezione di un liquido mucoso che ha un aspetto grigiastro e appiccicaticcio, e vi si scorgono strie saniose e manda fetido odore. Talora è nero o opaco, altre volte ha il colore del pus.

L'orina ha un odore particolare che ordinariamente si accenna col nome di odore di sorcio; il quale odore è per lo più effetto del trattenersi l'orina medesima sulla tela incerata che negli ospedali si usa di mettere sotto il lenzuolo per impedire a che i materassi vengano imbevuti dall'orina che involontariamente cola in tanti casi.

La respirazione diviene di più in più difficile, stertorosa; alcuna volta sentesi negli ultimi giorni e soprattutto alla base e posteriormente un crepito da prima grosso, poscia più sottile, e che, in taluni soggetti fa luogo alla mancanza completa del respiro; in qualche caso, ma rarissimamente, evvi a quest' epoca un poco di sangue negli spurghi quando questi possono essere espettorati.

Al tempo medesimo, il polso, che era già debolissimo, si indebolisce più che mai; il calore diminuisce, la pelle diviene arida o copresi di freddo e glutinoso sudore; lo smagramento diviene generale e fa rapidi progressi; gli occhi si fanno incavati, tutti i lineamenti contratti hanno un' immobilità caratteristica e per cui è stata detta *facies hippocratica* la fisonomia che soventemente presentano i malati negli estremi momenti della vita. La parola, quando il malato ne ha conservato l'uso, è tremula e difficilmente articolata; le risposte alle domande che gli vengono fatte non hanno alcun senso; non si comprenderà quale sia il suo pensiero che nelle parole che egli si borbotta tra i denti; la sua debolezza giunge al massimo grado, e cade in un abbattimento comatoso che presto è seguito dalla morte.

Talvolta la morte colpisce in altra maniera, ed è preceduta da accidenti tetanici o epilettiformi che sopravvengono nell'ultimo periodo e ne affrettano singolarmente il termine. È stato parimente osservato che i medesimi accidenti hanno portato allo stesso fine, ma più raramente ancora, nel corso del secondo periodo.

In altri soggetti si veggiono, in mezzo al corso ordinario delle malattie, ma pel solito nel terzo periodo o durante la convalescenza, sopravvenire ad un tratto i più gravi e più inaspettati sintomi: il malato viene subitamente preso, quando lo stato dell' intelletto è tale che possano essere percepiti, da dolori fortissimi nell' addome con senso di massimo abbandono, scomposizione dei lineamenti, e più tardi nausee e vomiti, qualunque fosse per l' innanzi la forma che la febbre tifoide vestiva: allora tutti gli altri fenomeni morbosi spariscono per così dire dinanzi alla gravezza dei nuovi sintomi che sopravvengono, ed indicano una peritonite da prima parziale, e che per lo più diviene generale. Il polso è picciolo, filiforme; i dolori addominali persistono con grandissima intensità, finalmente si osservano tutti i sintomi di gravissima

peritonite sviluppatasi subitamente durante il corso di un' acuta affezione, senza l' azione di alcuna esterna causa valutabile, e che è l' effetto del perforamento delle tre tuniche intestinali e del passare delle materie stercoracee nel peritoneo.

Il perforomento delle parati intestinali è il più grave di tutti gli accidenti che possono sopravvenire nel corso dell'affezione tifoide, imperocchè quasi inevitabilmente porta a morte i soggetti. Poco era stato studiato fino a questi moderni tempi in oui le indagini di Louis hanno fatto conoscere e la sua gravezza e la sua frequenza. I risultamenti numerici ottenuti da cinque anni in qua nelle sale della clinica differiscono un poco, in quanto alla frequenza, da quelli compilati e pubblicati da detto autore. Louis dice avere osservato otto volte il perforamento intestinale in cinquantacinque soggetti morti d' affezione tifoide, il che porterebbe la proporzione di questi accidenti col numero totale degli individui che muoiono di febbre tifoide ad uno su i sette. Nelle osservazioni fatte nella clinica dell'Hotel-Dieu, e tra le quali sono state fatte quarantadue aperture di cadaveri, non sono stati trovati che due casi dove vi fosse perforamento delle pareti intestinali, il che non porterebbe il numero medio che ad uno su ventuno; ma riunendo questi due risultamenti e fissando la proporzione sopra una base più larga, arriveremo ad un termine medio comune di uno su dieci, e che probabilmente si accosterà di più alla verità.

Una complicazione che assai frequentemente occorre pure nel corso del terzo periodo della febbre tifoide, è l'erisipela della faccia; forse ell' è anche più frequente del perforamento intestinale, ciò almeno è quanto è stato osservato nelle sale della olinica, dove, di centotrenta individui attaccati di questa affezione, quattro sono stati presi da erisipela della faccia nel corso del periodo che si discorre. Egli è facile comprendere tutta la gravezza a cui deve portare la complicazione di una malattia come l'erisipela, già grave per se medesima, sopravvenendo in soggetti indeboliti da una malattia così grave, e di così lunga durata come l' affezione tifoide; onde i quattro soggetti nei quali è stata osservata questa complicazione sono morti.

Fino a qui non abbiamo parlato delle crisi e dei giorni critici che specialmente appartengono al periodo di cui si è ora discorsa l' istoria; peraltro siecome l'affezione tifoide è una delle malattie in cui i critici movimenti debbono essere facilissimi a conoscersi, poichè è una di quelle in cui gli sforzi della natura sono più evidenti, ed in cui gli effetti della medicina sono più dubbiosi, prendiamo a farvi conoscere brevemente il risultamento delle nostre proprie osservazioni intorno a questo argomento.

Evvi certamente qualche caso in cui durante il passaggio dallo stato grave della malattia ai fenomeni che abbiamo descritti come appartenenti al terzo periodo nei soggetti che debbono guarire, si osservano alcune di quelle evacuazioni che sono state considerate come critiche in tempi nei quali le teoriche degli umoristi erano comunalmente ammesse. Quindi noi abbiamo veduto al principiare della convalescenza in due soggetti, evacuazioni alvine di una natura e di un'abbondanza che certamente non si aspettavano, e due volte sudori che tosto sono stati seguiti da rapido miglioramento; ma questi quattro fatti posti a confronto di altri ottanta nei quali nulla abbiamo osservato di simile, non formano che rare eccezioni; altresì, nei casi in cui abbiamo osservati questi supposti critici movimenti già il miglioramento aveva cominciato a manifestarsi da qualche tempo od anche da più giorni. Cotesti movimenti adunque erano per noi una nuova prova e non la causa del miglioramento che li aveva preceduti.

I soli fenomeni la cui apparizione ci è paruta precedere la cessazione della febbre e dei più gravi sintomi e che per questo conto potrebbero assomigliarsi alle crisi, sono gli ascessi ingeneratisi all' esterno durante il corso dell'affezione tifoide; ma gli esempi ne sono troppi rari, (6 volte di 80) per farne la base di una teorica così vasta come quella delle crisi nel modo che era intesa dagli antichi. Si sono volute medesimamente considerare come crisi le escare che si formano sul sacro, e che dipendono piuttosto dall' azione del peso del corpo che dal movimento critico. In oltre queste escare soventemente appariscono lungo tempo prima che si manifestino i segni di miglioramento e si osservano frequentemente

in soggetti che soccombono ad un'epoca più lontana (3 volte su 7).

Quanto ai giorni crititici, giusta il conto che noi abbiamo fatto del giorno in cui è comparso, in ciascun dei malati che sono guariti, il miglioramento che dopo ha continuato e di cui l'ultima tavola che si è riportata è un compendio, vediamo che dal quindicesimo giorno della malattia fino al trentesimo, non vi è giorno in cui questo miglioramento non siasi manifestato in più soggetti, e siamo obbligati a dire che la dottrina dei giorni critici ha minor fondamento anche di quella delle crisi.

SEZIONE V.

ALTERAZIONI DEL SANGUE DURANTE LA VITA.

Un punto importante dell'argomento di cui ora si sta trattando, e di cui abbiamo fino a qui omesso di far menzione, volendo non intrattenervi a parlarvene, che dopo aver descritti tutti i sintomi che si osservano nell'affezione tifoide, è lo stato del sangue durante i di lei differenti periodi. Fino a qui questo studio è stato poco profittevole, e non ostante i quotidiani progressi della chimica, la parte di questa scienza che tratta delle alterazioni dei liquidi animali è sì poco avanzata e le alterazioni che vi potrebbe rinvenire hanno sì poca connessione coi fenomeni propri della febbre tifoide, che non bisogna farsi illusione intorno ai buoni risultamenti che si potrebbero ricavare da queste indagini fatte con ogni maggiore accuratezza e diligenza possibile. Dovendo noi star contenti dell'esame dei caratteri fisici del sangue, prendiamo ad esporre i risultamenti che abbiamo ricavato dalle nostre osservazioni.

Di trenta casi nei quali le circostanze hanno permesso di cavar sangue dalla vena dei soggetti attaccati dall'affezione in discorso e nei quali sono stati presi intorno a ciò esatti e precisi ricordi, si è osservato:

Che in 6 soggetti il coagulo era solido e coperto dalla cotenna;

Che in 20 non vi si osservava segno di cotenna, ma era solido;

Che in 2 eravi lieve cotenna alla superficie e al disotto era stemperato e rappreso;

Che in 2 il sangue era del tutto stemperato e rappreso.

Tutti questi salassi sono stati praticati durante il primo periodo o al principio del secondo, niuno è stato fatto nel terzo.

In nessuno degli otto casi nei quali il coagulo era coperto di cotenna, questa aveva nè la grossezza nè il colorito che suole avere nella pneumonite, nella pleuro-pneumonite e nella maggior parte delle acute flemmazie.

Dai quali fatti concludiamo che nel sangue cavato dalla vena nel corso dell'affezione tifoide non osservasi alterazione valutabile speciale che in un picciol numero di casi (quattro volte di trenta), contuttociò vi s'incontrano raramente i caratteri che gli appartengono nelle flemmazie acute colle quali lo sviluppamento del moto febbrilo e l'intensità dei sintomi parrebbe che avessero a far confondere la febbre tifoide.

In quanto ai quattro soggetti nei quali il sangue era stemperato e rappreso con cotenna o senza, se osserviamo: 1.° che questa alterazione del sangue mostrasi parimente in individui attaccati da altre malattie diverse dall'affezione tifoide, e qualche volta anche in soggetti nei cui stato nulla evvi di grave; 2.° che questo stemperamento del sangue non è stato trovato, secondo le nostre osservazioni, che in 4 casi di 30, noi saremmo obbligati a concluderne che esso non appartiene punto alla malattia che si discorre, nè come alterazione primitiva di cui tutti gli altri sintomi non sarebbero che l'effetto, nè come fenomeno secondario.

La solidità del coagulo in 26 soggetti, vale a dire in più di quattro quinti dei casi, è un fatto grave che sta fortemente contro l'opinione di alcuni autori i quali asseriscono che nelle febbri gravi il sangue avesse sempre perduto della sua consistenza.

SEZIONE VI.

CONVALESCENZA.

Allorchè la malattia s'incammina a fausto termine, l'infermo non passa immediatamente ed in alcuni istanti dallo stato di gravezza che abbiamo descritto a stabile a perfetta guarigione. La convalescenza è anche in alcuni casi lunghissima;

non di rado si vedono malati, dopo che i sintomi gravi sono spariti, e che non evvi più pericolo, passare ancora uno o due mesi in una penosa convalescenza.

Soventemente la fame si fa sentire sì forte al principio della convalescenza che, se si appagassero le domande dei malati, ne nascerebbero effetti funestissimi.

Quando non sopravviene alcun accidente il malato procede poco a poco verso la guarigione, e tutti i giorni sente crescere le sue forze e ritornare verso lo stato loro normale; ma oltre gli accidenti ai quali egli è esposto per l'avidità colla quale, soprattutto negli ospedali, cerca di procacciarsi alimenti, e le imprudenze che qualche volta commette esponendosi al freddo o all'umido, altri ve ne sono medesimamente la cui cagione resta spesso occulta e i quali danno molto da temere ed al malato ed al medico.

Collocheremo nel primo posto l'edema delle estremità inferiori che spesso osservasi di seguito alle acute affezioni la cui durata è stata lunga, e che in taluni casi di seguito alle febbri gravi, prolunga considerabilmente la convalescenza. Per lo più quest' edema è sì poco valutabile che neppure attira l' attenzione del medico e va sparendo mano a mano che il soggetto acquista forza e riprende le sue abitudini. In alcuni casi è più notabile ed è anche accompagnato da un poco di dolore e da lieve innalzamento della temperatura della pelle; quest' edema apparisce ordinariamante intorno ai malleoli da dove distendesi alla gamba al disopra della quale raramente s' innalza.

Altro accidente, più grave in apparenza, che pure osservasi alcuna volta, ma più di rado, durante la convalescenza della febbre tifoide, è un disordinamento dello facoltà intellettuali che può consistere in una specie di mania, la quale dileguasi più tardi quando il malato può tornare alle sue abitudini ed alle sue distrazioni, ma che può ancora prendere un più grave carattere. Nel 1831, voi vedeste al numero 7 della sala s. Lazzaro una giovinetta che entrò in convalescenza verso il ventesimosesto giorno di una febbre tifoide gravissima con delirio di dodici giorni, evacuazioni involontarie, esulcerazioni nel solco delle natiche e nella regione sacra. Dopo diciotto o venti giorni di convalescenza, si osservò, senza alcuna valutabile cagione e senza aumento della frequenza del polso, un notabile cambiamento nel di lei carattere; ella divenne tutt' ad un tratto cattiva e caparbia, e la sua ragione andò in pochi giorni sì fattamente alterandosi che fu mestiero portarla alla Salpetriere, da dove uscì del tutto guarita dopo esservi restata per due settimane.

Noi abbiamo descritto il corso che tiene l' affezione tifoide in genere, e vi abbiamo fatto conoscere i sintomi che appartengono a ciascuno dei suoi periodi. Siccome la durata della malattia è lunghissima, in paragone di quella della maggior parte delle altre affezioni acute, e prende in gran numero di casi, a ciascuno dei suoi periodi, forme spesso diverse da quelle del periodo precedente o di quello che deve seguitare, si comprende quanto sia importante di non studiare soltanto questi fenomeni morbosi, separatamente presi, ma di considerarli soprattutto nelle loro connessioni con quelli che hanno preceduto, onde dare un' esatta idea del complesso della malattia.

ARTICOLO SECONDO

LESIONI ANATOMICHE.

Le alterazioni anatomiche che s'incontrano negli organi dei soggetti che sono morti per affezione tifoide non sono meno varie dei sintomi che abbiamo descritti: onde non dobbiamo maravigliarci dell'incertezza che ha sì lungamente regnato intorno alla natura di coteste lesioni, e dei molti errori in cui sono caduti quasi tutti coloro che hanno cercato di determinare la sede della malattia; solo da che l' anatomia patologica ha preso negli studi medici quel posto che ad essa si conveniva, siamo venuti in cognizione del numero e dell' estensione delle sue lesioni ed abbiamo potuto valutarne l'importanza. Quindi è venuto fatto di conoscere che alcune s'incontrano costantemente o quasi costantemente nei soggetti che muoiono d' affezione tifoido quali che fossero le forme sotto le quali essa si è mostrata, mentre non vi s' incontrano altre lesioni che in un numero molto meno considerabile di casi. Da ciò è derivata la distinzione delle lesioni costanti da quelle che non sono che accidentali, distinzione

importante che noi adotteremo nella descrizione che di queste lesioni prendiamo a fare. In conseguenza, divideremo tutte le alterazioni che si osservano di seguito alla febbre tifoide in due ordini ben distinti; il primo comprenderà tutte quelle che sono costanti o quasi costanti, che si trovano quasi in tutti i casi, se non in tutti; il secondo comprenderà quelle che non sono che accidentali, che non si osservano così frequentemente, che sembrano meno necessariamente collegate colla malattia.

PARAGRAFO I.

LESIONI COSTANTI.

Le anatomiche lesioni che costantemente o quasi costantemente accompagnano l' affezione tifoide occupano i follicoli degli intestini e le glandule mesenteriche. Coteste lesioni sono le sole che s' incontrino in quasi tutti i casi; tutte le altre, per frequenti che siano, non si accostano per questo conto a quelle dei follicoli e delle glandule mesenteriche, e sono collocate tra le lesioni accidentali.

L' alterazione dei follicoli, tanto isolati (glandule di Brunner), quanto confluenti (glandule di Peyer), non sempre ha il medesimo aspetto: se la forma della febbre tifoide cangia durante la vita del medesimo malato, secondo le epoche nelle quali si considera e secondo le circostanze per lo più non valutabili, nella lesione dei follicoli si osservano parimente delle varietà nei differenti periodi durante i quali sopravviene la morte. Cosa importante si è lo studiare diligentemente queste modificazioni a fine di riconoscere sotto queste diverse forme l' identità della lesione, e di evitare l' errore nel quale sono ancora molti patologi, che considerano come alterazioni del tutto distinte ciò che per noi non rappresenta che forme della medesima lesione.

Noi seguiteremo per questo studio un corso simile a quello che abbiamo tenuto nell' esposizione dei sintomi; terremo dietro alle alterazioni dei follicoli nelle diverse fasi che elleno presentano e che fino ad un certo segno corrispondono ai diversi periodi della malattia.

SEZIONE I.

TUMEFAZIONE DEI FOLLICOLI INTESTINALI O DELLE GLANDULE MESENTERICHE.

Malagevole sarebbe per noi il determinare in quale epoca della malattia l'alterazione dei follicoli intestinali, che prendiamo a descrivere, cominci a formarsi, non avendo avuto occasione di tagliare cadaveri di soggetti morti dell' affezione tifoide avanti al settimo giorno, nè le più recenti opere contenendo alcun fatto autentico in cui la morte sia seguita prima di quest' epoca. Dei cinquantacinque soggetti che sono stati aperti da Louis, quegli la cui malattia era più recente morì nell'ottavo giorno. Pare, egli è vero, che Bretonneau abbia fatta l'apertura di un soggetto morto al quinto giorno; ma questo fatto non è stato pubblicato, e altresì se se ne giudichi dalla relazione di uno dei suoi allievi (1), non sembra che la lesione rinvenuta a cotesta epoca della malattia notabilmente differisse da quella che noi abbiamo osservata due giorni più tardi nel cadavere di un soggetto morto nella clinica alla metà del settimo giorno.

A cotest' epoca trovansi ordinariamente gli intestini distesi da gas che aumentano la loro trasparenza, e lasciano distinguere in molti casi, all' esterno, delle macchie più o meno larghe, più opache del resto di loro estensione, per lo più sparse lungo la grande curvatura dei seni degli intestini gracili. Internamente esaminando l' intestino, ed avendo fatta un' incisione lungo l' attaccatura del mesenterio, si veggiono, nei luoghi corrispondenti alle macchie esterne, chiazze di eguale larghezza facenti un rialzo che varia dall' una alle due o tre linee, i cui margini sporgono in fuori e si avanzano alcuna volta per più linee in forma di funghi al disopra della mucosa vicina.

Il colore di coteste chiazze varia come quello delle parti che le circondano, ma è sempre più carico. Quando la mucosa vicina è pallida, esse sono di color bianco sucido notabile; allorquando ella è rossa, le chiazze hanno un colorito rosso più acceso. Rarissimamente hanno

(1) *Archivi generali di medicina.* Gennaio 1826.

tutte il medesimo colorito: nello stesso soggetto soventemente se ne vedono di più gradazioni intermedie, dal bianco lucido che si è detto ora, al rosso il più carico, ed indistintamente situate.

Nè meno variabili del loro colore ne sono la grandezza e le forme; le più grandi, di forma ellittica, sorpassano raramente due o tre pollici nel loro maggior diametro disposto secondo la direzione longitudinale dell'intestino, ed un mezzo pollice od un pollcie al più nel diametro più picciolo; altre meno grandi prendono una forma più rotonda ma pare appunto come le prime che abbiano sede nelle glandule di Peyer. Oltre queste ultime talvolta se ne vedono ancora di meno larghe, ma il cui diametro va diminuendo, ed in taluni casi riducesi all'apparenza di una grossa pustula protuberante più o meno rotonda; e' sono le glandule di Brunner o follicoli isolati.

Trovansi coteste chiazze nell' ileo ed alcune alla fine del digiuno ma nel maggior numero dei casi esse occupano la fine degl'intestini gracili, e quando non ve ne sono che alcune poche si trovano immediatamente al disopra della valvula ileo-cecale la cui faccia iliaca ne è talvolta coperta; le più grandi, quelle che hanno la forma ellittica, occupano costantemente la faccia dell'intestino opposta all'attaccatura del mesenterio e sono tra di loro situate a distanze variabilissime. Le più picciole, quelle che nascono dall' alterazione dei follicoli isolati, sono in taluni soggetti più numerose ed indistintamente situate su tutto il contorno della superficie intestinale; ma raramente vanno al disopra dell'ultimo terzo dell'intestino ileon. Quelle di media grandezza occupano medesimamente differenti punti del contorno dell'intestino; tutte sono molto più numerose ed alcuna volta si trovano esclusivamente negli ultimi pollici dell'intestino ileo.

Talvolta incontrasi medesimamente questa lesione nei grossi intestini nei quali allora non si osservano che le macchie della minor grandezza, imperocchè nel normale stato mai vi si trovano follicoli confluenti. In alcuni casi cotesti follicoli isolati dei grossi intestini sono numerosissimi e gli uni agli altri vicinissimi; altre volte vi sono rari ed allora è facile il contarli. Si fatti follicoli sono generalmente molto più grossi di quelli che si trovano alla superficie dell'ileo; ma il loro volume va diminuendo dal cieco, dove sono più considerabili, fino al retto dove di rado oltrepassano il volume di quelli degl'intestini gracili. Questa lesione osservasi nei grossi intestini nel terzo circa dei casi di febbre tifoide.

Le macchie più da vicino esaminate presentano al tatto una resistenza simile a quella che farebbe una sostanza solida, ma elastica, introdotta tra le tuniche intestinali.

Ci è sembrato che la mucosa che li copre, nel solo caso che noi abbiamo osservato al settimo giorno e nel picciol numero di quelli in cui gl'infermi sono morti ad un epoca vicinissima al principio, non avesse provato alcuna notabile alterazione; il suo colorito è per lo più quello medesimo della mucosa vicina; la sua faccia è liscia; la sua consistenza è presso a poco normale; la sua grossezza ci è paruto essere piuttosto scemata che aumentata.

Se sopra una di coteste macchie facciasi un'incisione che ne penetri tutta la grossezza e che si esaminino i margini della sezione, si distingue prima la mucosa, poi al disotto uno strato la cui grossezza varia dall'una alle due ed anche tre linee, formato di una materia di color bianco un poco giallastro, omogenea, ferma, friabile, che dà un taglio liscio lucente. Cotesta materia ha qualche analogia colla materia tubercolosa non rammollita, ma ne differisce per l'apparenza sua lucida che assai fortemente contrasta coll'aspetto appannato della sostanza del tubercolo crudo. Al disotto di questo strato che occupa tutta l'estensione della chiazza, trovasi ordinariamente la tunica cellulosa, lo strato muscolare e finalmente il peritoneo. Qualunque sia la forma e l'estensione delle chiazze, questo strato ha sempre presso a poco la medesima grossezza.

La materia biancastra per altro non presentasi sotto forma di strato nei follicoli isolati, ma ha l'aspetto di picciolo cono. Raramente si distingue un orifizio sulla sommità di quelli fra questi follicoli isolati, che occupano la fine degl'intestini tenui, mentre simile orifizio spesso si distingue facilissimamente nei

follicoli isolati del cieco, e del colon, allorchè sono essi disegualmente alterati; la qual cosa non ha luogo che in picciol numero di casi.

Al tempo stesso che all'interno degli intestini si osservano sì fatte alterazioni che evidentemente occupano i follicoli, tanto confluenti, quanto isolati del canale intestinale, si trovano eziandio quelli delle glandule linfatiche situate tra le due foglie del mesenterio e dei mesocoli, che sono in vicinanza di queste chiazze o di questi follicoli notabilmente alterate; queste glandule che, nello stato di sanità, eguagliano appena la grossezza di una picciola lenticchia, ed hanno un colore che è ordinariamente in rapporto con quello dei tessuti tra mezzo ai quali son situati, prendono contemporaneamente ai follicoli uno sviluppamento soventemente considerabile ed un colore più carico di quello che è loro naturale. Esse acquistano prestamente il volume di una grossa nocciuola ed anche quello di un uovo di piccione. Qualche volta al tempo medesimo che aumentano di grossezza, si rammolliscono in modo notabile, a segno tale che in alcuni casi si possono rompere tra le dita per la più lieve compressione. Internamente esaminate, vi si scorge un miscuglio di rosso e di giallo; altre volte accade che nonostante un considerabile sviluppamento restano solidissime e non possono essere rotte che con molta difficoltà.

L'alterazione dei follicoli e delle glandule linfatiche che per noi si è ora descritta segue nel suo processo un corso ordinariamente regolare e che è importante a studiarsi; forse mai accade che tutti i follicoli degli intestini siano insieme affetti nel principio della malattia: i primi, dove la lesione si osserva più notabile, sono tra i follicoli di questi organi quelli che più sono vicini alla valvula ileocecale. Esaminando, pochi giorni dopo il principio della malattia, le macchie n follicoli del resto degl'intestini tenui, si trovano tanto meno alterati quanto più sono lontani dalla valvula; e neppure è raro che si trovino ad uno o due piedi di distanza al disopra del cieco, affatto nello stato normale, quando il soggetto è morto poco tempo dopo il principio. Ad una più lontana epoca della malattia (dal dodicesimo al quindicesimo giorno) trovansi ordinariamente le chiazze stampate ed i follicoli ingorgati, che ne sono meno accosti, ad un grado d'alterazione più avanzata, ed al tempo stesso quelli che sono più vicini a detta valvula hanno già cominciato a provare qualcuna delle alterazioni che succedono all'ingorgamento. Accade pur qualche volta che si trovino in soggetti che sono morti ad un'epoca anche più lontana (dal quindicesimo al ventieinquesimo giorno), i follicoli della fine dell'ileo e di una porzione della lunghezza del digiuno notabilmente alterati, cosa che non osservasi nel principio. L'alterazione delle glandule mesenteriche segue il medesimo corso di quella dei follicoli; quelle che sono più vicine alla valvula ileo-cecale sono ordinariamente le prime affette; le altre lo divengono progressivamente e sempre dal basso in alto, mano a mano che l'alterazione dei follicoli fa nuovi progressi.

Questo corso progressivo di una alterazione che distendesi così successivamente alle chiazze le più vicine da quelle primitivamente affette concorda con ciò che osservasi in un gran numero di altre affezioni. Noi ne troviamo gli esempi in primo luogo nell'erisipela che, partendo da un punto, per esempio, dal naso, dilatasi successivamente alla fronte, alle guance, agli occhi, al cuoio capelluto ed alla pelle del collo; in secondo luogo nel vaiuolo, nella rosolia, nella scarlattina che cominciano costantemente dalla faccia e poco a poco si distendono al tronco ed alle estremità.

Il numero delle chiazze e dei follicoli isolati varia considerabilmente; in taluni casi non è stata trovata che una sola chiazza che fosse affetta, in altri il numero di queste ultime oltrepassava il venti o il trenta. Quanto ai follicoli isolati, vi sono molti casi nei quali non ne sono stati trovati segni, ma questi casi sono quelli in cui la morte non è seguita che ad un'epoca un poco più lontana dal principio della malattia, per esempio, dopo il quindicesimo o il ventesimo giorno; quando la morte segue più presto, si trovano sempre alla fine dell'ileo, numerosissimi, lontani gli uni dagli altri solo di alcune linee. Qualche volta essi si distendono per uno o due piedi di distanza da questo intestino, ma raramente al di là di tale epoca; altre volte finalmente

si incontrano pure numerosissimi negl'intestini grossi.

Il fatto seguente è quello in cui per noi si siano osservate queste differenti lesioni in epoca più vicina al principio della malattia.

OSSERVAZIONE I.

Cefalalgia, febbre; delirio furioso, macchie lenticolari rosee. Morte nel settimo giorno; follicoli isolati, ingorgati alla fine del digiuno, nell'ileon, nel cieco ed in una porte del colon; chiazze ellettiche gonfie, protuberanti, non ulcerate; glandule mesenteriche voluminose, un poco rammollite; sangue fluido in tutti i vasi.

Caron, nel ventiduesimo anno dell'età, inserviente d'usciere, dice di non aver sofferte altre gravi malattie eccetto il vaiuolo, la scarlattina ed alcune altre affezioni dell'infanzia. Sono due anni da che per alcun tempo abitò in Parigi da onde partì ed è un solo mese da che vi è ritornato. Egli dice che da quel tempo in poi si è ben nutrito, che non ha commesso eccessi, non ha avuta comunicazione con persona malata; ai 16 di gennaio nella mattina sentì forte cefalalgia con febbre, levandosi, e che poscia non ha ceduto; nell'indomani venne preso da diarrea, non ha avuto epistassi, nè vomiti; egli entra ai 20 gennnaio 1831 nell'ospedale e viene collocato nella sala s. Maddalena, N.° 28, senza aver fatta alcuna cura.

Nella sera del giorno che entrò nell'ospedale, egli trovasi in calma, il suo volto è un poco iniettato, il polso frequente, senza segni d'eruzione tifoide, dice di avere molta sete e lagnasi di cefalalgia, ma risponde molto bene a tutte le domande che gli vengono fatte. Nel corso della notte è preso da delirio violento, talchè percuote le persone che gli sono intorno e vuol gettarsi per la finestra.

L'indomani, sesto giorno della malattia, il delirio continua; la faccia è tumida e molto iniettata; il polso pieno, duro, dà centodieci pulsazioni; ad esatte risposte mescola il malato le minacce; lagnasi di molta cefalalgia e di sete. Sull'addome meteorizzato vedesi un certo numero di macchie rosee lenticolari, e comprimendo è dolente in tutta l'estensione; la lingua è asciuttissima, i denti sono fuligginosi. (*Salasso di dodici once, refrigeranti sulla testa, soluzione di siroppo di ribes, lavativi ammollienti.*)

Settimo giorno. Il coagulo del sangue del salasso è meno largo del vaso e galleggia senza cotenna in una mediocre quantità di siero. Il delirio ha sempre continuato; nella mattina l'Infermo non risponde più alle domande che gli vengono fatte; mormora continnamente, il polso è frequente, agitato, la lingua è aridissima come raddoppiata al disopra e coperta al pari dei denti di un grosso strato di materie fuligginose nere; mancanza d'egestioni; le orine escono senza che il malato se ne accorga. (*Dodici mignatte dietro a ciascun orecchio.*) A tre ore di sera il malato è in calma ed in uno stato di prostrazione notabile; egli risponde con insignificanti monosillabi. Il suo polso è precipitato; tutto il corpo è coperto da freddo e copioso sudore. Dalle mignatte è uscita quantità grande di sangue. A sett'ore della sera segue la morte.

Apertura del cadavere fatta quarantott'ore dopo la morte.

Abito generale: Grassezza normale, complessione forte; sistema muscolare sviluppatissimo, addome protuberanto e sonoro.

Cranio. Il sistema venoso contiene poco sangue, quello solo della pia madre ne racchinde nelle grosse vene una quantità assai grande; la sostanza cerebrale è solida e bianchissima al momento in cui viene tagliata, ma, qualche momento dopo, vi si scorge una punteggiatura in assai numero; i due ventricoli laterali contengono un cucchiaio circa di limpida sierosità.

Petto. La laringe ed i bronchi sono sani, il destro polmone aderente quasi in tutta la sua estensione, ma per aderenze antiche, non è crepitante; contuttociò egli è leggiero, ingorgato posteriormente, altresì pieno di sangue rosso, senza tubercoli, senza edema, ma resistente; il sinistro un poco intasato posteriormente, sanissimo per tutt'altrove eccetto alla sommità dove è aderente per una falsa membrana larga solo alcune linee e che corrisponde ad un piccolo viluppo di granulazioni grige, e semitra-

sparenti, le quali si congiungono con due o tre altri viluppi simili molto accosti.

Il cuore è flaccido, senza rammollimento, nè ingrossamento delle sue pareti, ma con sensibile dilatazione di tutte le cavità le quali non sono che in parte piene di sangue fluido; dal sinistro lato, la membrana interna delle due cavità ha un colore rosso molto carico, sopratutto sulla valvula auricolo-ventricolare; nell'aorta e negli altri tronchi arteriosi nulla incontrasi di anormale.

Addome. La faringe e l'esofago sono del tutto sani; la fine di quest'ultimo è un poco colorita di giallo. La mucosa dello stomaco ha nel gran fondo cieco un color rosso assai carico indotto dalla presenza di gran numero di grosse vene piene di sangue e tutte circondate da un certo spazio parimente rosso, e come per imbibizione; essa evvi inoltre un poco rammollita; nel resto dello stomaco, che ha l'ordinaria capacità, e non contiene liqoidi, ma soltanto dei gas, la mucosa è un poco rossastra e mammellonata con lieve ingrossamento.

Il duodeno ha il medesimo aspetto mammellonato nel suo primo terzo; il resto è di colore rosso giallo come anche il digiuno che è vuoto, e nulla vi si vede di anormale, se non se che l'ultimo suo terzo è assai ristretto ed in modo da non lasciare entrare senza difficoltà la lunga branca dell'enterotomo. Cotesto ristringimento continua ad una certa distanza nell'ileo il quale quasi tutto è approfondito nel picciolo bacino. I gas che lo distendono non sono infiammabili. Tutta la superior porzione è di color bianco giallastro; al contrario, quella che si approfondisce nel picciolo bacino ha un colore livido all'esterno. Internamente, sonovi molti follicoli isolati, da principio rari e che vanno aumentando di numero dalla fine del terzo superiore dell'ileo, dove cominciano ad esser visibili fino alla valvula presso la quale non sono lontani gli uni dagli altri che di una o due linee. Essi vanno parimente aumentando di grossezza; da principio sono appena percettibili e solo si scorgono per un picciolo rialzo che fa la mucosa, nè possono essere veduti che mettendo l'intestino tra l'occhio e la luce; poscia aumentano di volume e divengono nell'ultimo piede della lunghezza dell'intestino grossi come piccioli piselli rotondi, se si comprimano si sentono duri e sono pieni di una materia bianca, un poco friabile, simile per alcuni rapporti a materia tubercolosa non rammollita oppure alla carne di porco salvatico.

A quattro piedi circa di distanza dalla valvula si trovano due chiazze ellettiche o glandule di Peyer, più visibili che nel naturale stato, facenti una picciola protuberanza, ma lievissima; elleno sono bianche, quantunque il fondo dell'intestino sia roseo; poscia alla distanza di due piedi e mezzo, vedonsi alcune chiazze, da principio lunghe un mezzo pollice o tre quarti di pollice quasi rotonde, facenti un rialzo di una o due linee al di sopra della mucosa, di color bianco sucido, mentre quest'ultimo stesso è di color rosso livido. Esse sono come picciuolate, cioè a dire i loro margini si avanzano sotto forma di cresta per una mezza linea od anche una linea al di fuori della loro attaccatura e sulla mucosa; si direbbero funghi, ma sì fatta disposizione è soprattutto notabile in quelle che sono più vicine alla valvula. Alla distanza di un piede e mezzo da questa evvi una chiazza allettica lunga due pollici circa, larga un mezzo pollice, protuberante ed avente i medesimi caratteri di quelle già descritte; alla distanza di un piede altra ve ne è meno lunga la quale al pari delle precedenti occupa la grande curvatura; la sua superficie lucida, benchè più diseguale, non è ulcerata. Finalmente, negl'ultimi quattro pollici dell'intestino gracile quattro chiazze larghe dall'uno ai due pollici, rotonde, fanno un forte rialzo all'intorno dell'intestino, e per le loro superficie e pei loro margini, che coperti essi medesimi della mucosa più o meno liscia, sono ripiegati sopra di essa; se s'incidano sembrano esse formate di un tessuto bianco, omogeneo, simile assolutamente a quello contenuto nei follicoli isolati.

Oltre queste larghe chiazze ed i follicoli isolati già descritti, sonovi nelle vicinanze, nell'ultimo piede dell'estensione, chiazze di tutte le grandezze intermedie e simili per tutti gli altri caratteri. Queste ultime pare che risultino dalla riunione di più follicoli isolati. Tutt'all'intorno la mucosa è di color rosso vivace che fortemente stacca sul bianco delle chiazze e dei follicoli.

La faccia superiore o iliaca della val-

vula è coperta di piccioli punti bianchi i quali evidentemente non sono che follicoli isolati pochissimo ingrossati, la di lei faccia cecale è medesimamente rossa, ma senza segno di questi medesimi follicoli. Sopra nessun luogo tanto delle chiazze, quanto dei follicoli dell'intestino teoue non osservasi esolcerazione neppure incipiente.

Il cieco assai vasto, è pieno di piccioli rialzi o follicoli isolati, tre o quattro volte più grossi di qoelli dell'ileo e che qnasi si toccano coi loro margini; diveogooo più rari a misnra che si va più oltre nel grosso intestino e spariscono del tutto alla fine del colon trasverso; nel cieco sono più grossi e paiono situati più profondamente. In tutti distinguesi facilmente un orifizio (orifizio che non si vede in quelli dell'ileo), che in taluni casi è reso più largo da un'esulcerazione. In uno solo osservasi, nel cieco, un marciume ben distinto, nerastro, con esulcerazione che prende due linee d'estensione intorno all'apertura.

I soli grossi intestini contengono alcune materie molli quasi liquide.

In nessun ponto della mucosa dei picoioli e dei grossi intestini osservasi rammollimento, nè ingrossamento notabile; al disopra delle chiazze ella conserva il suo aspetto liscio e lucido e solo pare un poco assottigliata per la distensiooe.

Le glandule mesenteriche sono voluminose, rammollite, rosse, e già inclinano un poco al grigio. Le mesocoliche sono meno voluminose, meno rosse ed un poco rammollite, ma senza segno di suppurazione.

Il fegato è voluminoso e grigiastro; la vescichetta piena di liqnido sieroso.

La milza il doppio più grossa del consueto, distesa, crepita (non per gas) sotto forte pressione.

Il sistema venoso è pieno di sangue liqoido in mezzo al qnale si scorgono, a traverso delle pareti dei grossi tronchi, bolle di gas.

Questa osservazione importantissima per la semplicità e rapidità del corso della malattia, per l'inteosità dei sintomi e la mancanza di quelle lesioni accidentali o di quelle complicazioni che sopravvengono nei casi in oui la malattia prolongasi, ci fornisce un notabile esempio di alcuni dei fenomeni morbosi che appartengono al primo periodo e delle alterazioni che si osservano nei soggetti che muoiono nel corso di questo periodo medesimo; ma avanti di entrare ad esaminare questi sintomi e queste alterazioni avvertiremo non potervi aver dubbio sull'esattezza della narrazione e specialmente sull'epoca della malattia. Il malato che aveva tale iotelligenza e discernimento che di rado s'incontrano nei soggetti attaccati dall'affezione che discorriamo, ne fece egli medesimo il racconto minuto ed esatto, la sera della sua entrata nello ospedale. Non si può supporre che egli avesse alcona ragione per non ci voler dire la verità.

Prima di tutto vediamo incominciare la malattia con intensa cefalalgia, con febbre fortissima. Già qnesti sintomi soli sarebbero bastati nei primi giorni per fare almeno presentire la natora dell'affezione che sviluppavasi; ma quando all'indomaoi mattina l'infermo fu preso dalla diarrea, benchè nulla avesse fatto che le potesse dar cagione, sarebbe stato difficile di non conoscere un'affezione tifoide incipiente, soprattutto per la circostanza che negli altri organi non osservavasi alcun locale disordine che potesse servire a spiegare l'intensità dei fenomeni febbrili.

Il delirio, il meteorismo, le macchie tifoidi che successivameote apparvero nei giorni seguenti non lasciarono più dubbio intorno alla natura della malattia che diveone anche più evidente per lo svolgersi dei fenomeni atassici.

Nel principio questa malattia prendeva la forma iofiammatoria, ma poco notabile; contuttociò non osservavasi nè questo stupore, e nè pure quella prostrazione che sì soventemente incontrasi nel principio. Ma questa forma fu ben presto succeduta dai fenomeni atassici i meglio caratterizzati. Facemmo avvertire, fino dal primo giorno, che il delirio aveva un carattere particolare dello stato atassico, delirio che, non ostante la sua violenza, non era completo, imperocchè il malato dava risposte giuste alle domande che gli facevamo, ed al momento in cui rispondeva non sarebbe nato neppure il sospetto del grave turbamento che soffriva, se l'espressione dei suoi occhi fieri e lo scomponimento di totti i suoi lineamenti non fossero bastati a farlo conoscere.

La semplicità delle lesioni anatomiche trovate dopo la morte non è meno notabile della semplicità dei fenomeni morbosi osservati durante la vita. Una sola lesione importante abbiamo incontrato nell'apertura del cadavere, ed è quella dei follicoli dell'intestino, e delle glandule mesenteriche; lesione che in questo soggetto si è presentata con carattere che raramente incontrerete sì bene delineati. Tutti gli altri organi sono per così dire intatti; nell' encefalo e suoi annessi non osservasi alcuna lesione a cui si possano attribuire non solamente i generali fenomeni della malattia, ma ancora il turbamento delle loro proprie funzioni.

Gli organi respiratori sono del tutto sani.

La mucosa dello stomaco è, egli è vero, rossa ed un poco rammollita; ma questo rossore dipende chiaramente dell'anormale ingrossamento del sistema venoso verso il gran fondo cieco e che per imbibizione ha indotto il colore rosso che osservasi lungo i grossi tronchi venosi. In quanto al rammollimento della mucosa del gran fondo cieco, ell' è questa una alterazione che incontrasi sì frequentemente e di seguito a condizioni morbose sì differenti che non vi possiamo annettere gran valore nel caso di cui si tratta.

Nella membrana mucosa del resto dell'intestino non vi si osservava cangiamento notabile alcuno di grossezza e di resistenza; il color rosso livido non esisteva che nei punti che occupavano sul cadavere una posizione declive, ed anche alla superficie delle chiazze, dove essa ha il suo aspetto liscio e pulito ordinario, era molto meno colorita della mucosa vicina; benchè fosse nella medesima positura.

La condizione del sangue in questo soggetto, tanto durante la vita quanto dopo la morte, è certamente un fenomeno patologico notabilissimo; ma siccome non osservasi che raramente nella febbre tifoide, non devesi collocare tra le lesioni di questa affezione, che in un luogo secondario.

L'alterazione dei follicoli, tanto isolati, quanto agglomerati, è dunque la sola importante lesione che per noi si osservasse nel soggetto in discorso. Ell'è dessa quella che troveremo in quasi tutti i casi di febbre tifoide, benchè complicata con altre lesioni, secondo il tempo che avrà durato la malattia, e secondo differenti altre circostanze variabili.

SEZIONE II.

ESULCERAZIONE DEI FOLLICOLI.

Se il soggetto, invece di soccombere pochi giorni dopo l'invasione della malattia, muoia più tardi, nel corso del secondo periodo, la lesione dei follicoli mostrasi sotto forma differente da quella che abbiamo descritta, e vi si notano delle varietà, secondo le epoche nelle quali il malato muore e secondo altre circostanze difficili a comprendersi.

La prima modificazione che scorgasi alla superficie delle chiazze o dei follicoli ingorgati trovasi nella membrana mucosa che li ricopre. La qual membrana in effetto comincia verso l'ottavo, nono o decimo giorno ed anche più tardi, allorchè lo sviluppamento della chiazza non risale ai primi giorni della malattia, a perdere il suo aspetto liscio, diviene rugosa, si fa cava e sparisce anche del tutto e fa luogo ad un cavo che penetra più o meno profondamente nello strato di materia giallastra omogenea che trovasi al di sotto; ma siccome non tutta la chiazza sparisce in una volta, resta ancora, per più o meno lungo spazio di tempo, intorno all'esulcerazione prodotta da cotesta perdita di sostanza, una porzione della chiazza medesima, che basta per far conoscere l'origine dell' esulcerazione durante questo tempo, che forma per noi il secondo periodo dell' alterazione dei follicoli.

Allorchè coteste esulcerazioni s'ingenerano rapidamente sopra larghe chiazze, sopra quelle che sono situate presso alla valvula ileo-cecale e che da noi sonosi paragonate a funghi, non di rado avviene che siano più larghe della base che le sopporta; allora hanno la forma di imbuto.

L'epoca del loro sviluppamento non può essere stabilita in modo veramente preciso; ecco trattanto ciò che dall'osservazione ci viene di più esatto dimostrato.

Di 9 soggetti che sono morti nelle sale

della clinica nel corso del secondo periodo, in quattro, fatta l'apertura del cadavere, non si sono trovate che chiazze in forma di favo o follicoli isolati ingorgati, senza esulcerazione, ed in cinque sonosi vedute esulcerazioni a diversi gradi.

I 4 nei quali non si trovarono esulcerazioni morirono:

2 l'8.° giorno della malattia,
1 l'11.°
1 il 12.°

I 5 nei quali trovammo le esulcerazioni nel corso di questo secondo periodo morirono:

1 al 9.° giorno della malattia,
1 il 10.°
2 il 12.°
1 il 13.°

Dai quali fatti adunque apparisce che la membrana mocosa che copre le chiazze a guisa di favo, comincia ad esulcerarsi dal nono al dodicesimo giorno della malattia.

A cotesti risultamenti aggiungeremo quelli ottenuti da Louis, il quale non cita nella sua opera che due casi in cui abbia osservato le chiazze cave senza esulcerazione; i soggetti di questi due casi morirono nell'ottavo giorno della malattia. Al di là del giorno ottavo pare che egli abbia sempre riscontrate le chiazze esulcerate.

In alcune opere recentemente pubblicate si trovano peraltro dei casi nei quali le chiazze fatte a guisa di favo erano affatto senza esulcerazione in soggetti morti tra il ventesimosesto, il ventesimo ottavo ed anche il trentesimo giorno della malattia. Contuttociò, ammettendo che la data dell'invasione della malattia sia stata in questi soggetti determinata con tutta la necessaria diligenza, noi troveremo non essere cotesti casi che eccezioni rarissime, imperocchè nolla abbiamo osservato di simile, tanto nei fatti che da cinque anni in qua sono stati notati nelle sale della clinica, quanto in quelli che Louis riporta nella dotta sua opera, e che riuniti ai nostri formano un numero imponente di novantadue casi della stessa malattia, di cui è stato fatto l'esame dei cadaveri; stimiamo dunque di potere dire in un modo generale che la membrana mucosa che copre le prima chiazze a guisa di favo comincia ad esulcerarsi dall'ottavo al dodicesimo o quindicesimo giorno al più dopo l'invasione della malattia.

L'esulcerazione dei follicoli confluenti o isolati tiene quel medesimo andamento che tiene il loro ingorgamento. Onde, nella maggior parte dei casi, essa comincia da quelli che sono situati più da vicino alla valvula ileo-cecale, ed in seguito si va successivamente distendendo agli altri; di maniera che quando un soggetto soccombe mentre le esulcerazioni si stanno formando, mai si trovano tutte larghe all'istesso modo, ma si osserva una gradazione decrescente nella loro estensione dagli ultimi follicoli situati in maggior vicinanza della valvula, fino a quelli che si trovano verso il termine dell'ileo, e i quali spesso non sono dall'esulcerazione ancora attaccati, mentre gli altri sono alcuna volta già intieramente distrutti; è anche probabile che in alcuni casi in cui l'ingorgamento delle chiazze tiene un andamento lento, i più vicini alla valvula ileo-cecale siano già largamente presi dall'esulcerazione, quando nei più lontani non vi si scorge ancora segno dell'ingorgamento che più tardi vi si deve manifestare.

L'esulcerazione attacca frequentissimamente le glandule di Peyer, meno spesso i follicoli isolati; ed è per questo senza dubbio che si trovano meno soventemente esulcerazioni nei grossi intestini che nei tenui, essendo i follicoli dei primi sempre isolati. Questa differenza di frequenza dell'esulcerazione tra i follicoli isolati e quelli che sono confluenti, dipende ella dalla cagione che nei follicoli isolati osservandovisi più raramente l'alterazione che per noi si è studiata sotto il nome d'ingorgamento, dovranno questi esulcerarsi meno spesso, o è da attribuirsi a qualche circostanza particolare dei follicoli confluenti, e per la quale avrebbero essi una speciale disposizione ad esulcerarsi? Questo è quanto non si può per noi decidere.

Se l'esulcerazione dei follicoli isolati è rara comparativamente a quella dei follicoli confluenti, ell'è ancor più rara nei follicoli soltanto isolati. Un'osservazione che si riporterà in seguito è il solo esempio che noi abbiamo trovato tra i quarantadue casi osservati nelle sale della clinica in cui i follicoli isolati fossero in-

gorgati soli; come pure tra cotesti quarantadue fatti non abbiamo incontrato che un solo caso nel quale gli stessi follicoli fossero esulcerati soli.

Nell'aspetto delle esulcerazioni intestinali si notano due varietà ben distinte ed il cui esame ne pare che abbia a spargere qualche luce sopra una questione interessantissima, vale a dire sul modo d'ingenerarsi.

In un certo numero di casi l'esulcerazione che succede all'ingorgamento dei follicoli confluenti comincia dalla mucosa che li ricopre: dessa presenta da principio, sopra un punto della sua estensione, una piccola esulcerazione che dilatasi in larghezza ed in profondità, e precede la distruzione dello strato di materia biancastra che è al disotto; in questo caso, non si può negare che l'alterazione della mucosa sia consecutiva a quella dei follicoli che l'ha preceduta, imperocchè queste esulcerazioni trovansi solo nei punti dove vi sono follicoli ingorgati, al meno nei soggetti morti dall' ottavo al ventesimo, od anche al trentesimo giorno; se si formano esulcerazioni sopra altri punti della mucosa e senza lesione dei follicoli, ciò forse accade solamente dopo il periodo del quale ora stiamo discorrendo; tra i quarantadue soggetti i cui cadaveri sono stati aperti ed esaminati nella clinica, si sono costantemente trovate, in quelli che sono morti nel corso di questo periodo, esulcerazioni formatesi sopra questo strato di materia biancastra omogenea, che non formasi che nei punti nei quali esistono follicoli.

In altri casi, l' esulcerazione della chiazza comincia pel rammollimento dello strato di materia giallastra e omogenea che fa la protuberanza ed il rialzo della chiazza stessa. La suppurazione avviene come nei casi di gangrena, e la mucosa e lo strato di materia biancastra si risolvono in brani di varia grossezza. E'sono questi brani che alcuna volta occupano, ma raramente, tutta la larghezza della chiazza che sono stati considerati come escare. Cotesti brani, che hanno in effetto grande somiglianza colle parti colpite di gangrena, presentano trattanto alcune circostanze particolari che ci facciamo brevemente a ricordare. La mucosa che li copre spesso conserva il suo normale stato; ed in molti punti non ha partecipato alla mortificazione la quale pare che abbia unicamente colpito lo strato di materia biancastra, che è tra la mucosa e la cellulosa. Abbiamo frequentemente veduti brani di questa materia staccati dal lato della membrana mucosa, non essere sostenuti che dal lembo della mucosa che coprivali e li univa alle vicine parti, e che aveva ancora conservato i suoi fisiologici caratteri. Sono stati veduti di questi lembi, attaccati colle estremità loro a due punti opposti dei margini dell'esulcerazione già cicatrizzata, formare sopra di essa come una maniera d'areata o di ponte.

Conforme questa maniera di sviluppamento delle esulcerazioni, è impossibile non riconoscere che l'alterazione dei follicoli non è l'effetto di quella della mucosa, ma che al contrario l'alterazione della mucosa è il prodotto dello stato morboso dei follicoli, e che se in questi casi vi è stata gangrena o mortificazione, essa non è stata spontanea, come alcuni fisiologi hanno preteso, avvegnachè è stata preceduta dalla formazione, tanto nell'interno dei follicoli medesimi, quanto nelle cellule del tessuto cellulare che li involge, di uno strato di materia anormale, che può aver agito in sì fatto caso come corpo estraneo situato tramezzo alle parti viventi, o per una particolare disposizione.

Le due forme d'esulcerazione che si sono descritte, benchè il modo loro di ingenerarsi sia differente, incontransi qualche volta nello stesso soggetto e portano al medesimo effetto, la distruzione dello strato del tessuto ingorgato o inspessito e della mucosa che lo copre.

L'esulcerazione dei follicoli isolati poco differisce dalle due maniere che abbiamo descritte. Per lo più trovasi la mucosa che copre la sommità del picciolo cono rammollito, e la piccola massa di materia contenuta nel suo interno si presenta sotto l'apparenza di un marciume che ordinariamente staccasi colla massima facilità e per intiero, non lasciando, come nelle esulcerazioni che si formano sui follicoli confluenti, vestigia della prima alterazione.

Ora vogliamo riportare successivamente un esempio di ciascuna delle due maniere di esulcerazione che abbiamo descritto.

ESULCERAZIONE INCIPIENTE DAL RAMMOLLIMENTO DELLA MEMBRANA MUCOSA.

OSSERVAZIONE II.

Dimora recente in Parigi. Diarrea per lo spazio di alcuni giorni, poscia febbre, prostrazione, stupore, macchie rosee lenticolari. Morte nel decimo giorno. Rammollimento della mucosa dello stomaco; follicoli confluenti ingorgati, alcuni particolarmente esulcerati; follicoli isolati ingorgati; glandule mesenteriche voluminose e rammollite.

Certo Pêan, nel diciottesimo anno dell'età, fabbricante di terrazzi, abitava in Parigi da otto mesi; egli non è di forte complessione, ma racconta di non avere avuto altra malattia tranne una flussione di petto ed una febbre lenta. Un mese fa venne preso da diarrea con coliche che egli attribuì ad un' indigestione e che poscia hanno continuato; egli andava cinque o sei volte al giorno del corpo, non era che mediocremente indebolito e continuò a lavorare. Cinque giorni sono venne preso da cefalalgia con forte febbre ed impossibilità di continuare il suo lavoro. Non vi furono vomiti, non epistassi, ma evvi meteorismo del ventre. Entra nell'ospedale al quinto giorno della febbre (8 dicembre 1831) senza essere stato precedentemente in alcun modo medicato, eccetto che avea osservata la dieta, e viene posto nella sala s. Maddalena, al n.° 19.

Sesto giorno della malattia. Prostrazione notabilissima, stupore di minor gravezza, difficoltà ad esprimersi; volto animato; pelle calda e arida; cefalalgia; polso pieno, ondulatorio, centoventi pulsazioni; labbra secche, lingua bianca, bocca amara; alcune egestioni liquide; addome con calore acre, fortemente meteorizzato, alquanto sensibile comprimendolo in tutta la sua estensione, mancanza di eruzione. (*Salasso di dieci once, soluzione di siroppo di ribes; lavativo ammolliente*).

Settimo giorno. Delirio quasi continuo, agitazione, fuligginosità sulle labbra e sui denti.

Ottavo giorno. Il delirio è continuo, la debolezza estrema, la lingua ed i denti sono coperti di uno strato grosso e nero, il malato va del corpo ed orina senza avvedersene. Alla sera è nel medesimo stato, ma meno agitato, e inoltre, sull' addome si vede un' eruzione di numerose macchie rosee lenticolari lontane solo alcune linee le une dalle altre.

Nono giorno. Il delirio è cessato; il malato risponde assai bene, ma la prostrazione è grandissima; l'eruzione è meno colorita, la morte segue alle dieci ore della sera.

Apertura del cadavere fatta trentaquattr'ore dopo la morte.

Abito esterno. Fortissima contrattura delle membra; grassezza mediocre; gonfiezza del ventre.

Cranio. Nel cervello e nelle sue membrane nulla trovasi di anormale.

Torace. Il destro polmone è totalmente involto in una borsa membranosa aderente così alla pleura costale; egli non è crepitante e sembra divenuto come carnoso. Alla sommità, tubercolo cretaceo, in parte duro, in parte molle; l'altro polmone è perfettamente sano. Il cuore poco voluminoso, non rammollito. Il sinistro ventricolo contiene sangue liquido, ed il destro un picciolo coagulo fibrinoso, aderente alle sue pareti.

Addome. L' esofago è sano; lo stomaco contiene un poco di liquido, la sua mucosa è rammollita e quasi distrutta nel gran fondo cieco; altrove conserva la sua grossezza e la sua resistenza ordinaria. Il duodeno ed il digiuno hanno un colore rosso chiaro; al principio dell'ileo le chiazze ellittiche prendono ad un subito tale grossezza che fanno un rialzo di due linee, dovuto evidentemente alla presenza sotto alla mucosa che la copre del tessuto bianco già descritto. Sopra le ultime quattro o cinque che occupano gli ultimi diciotto pollici dell' ileo, la mucosa è esulcerata per la larghezza di alcune linee soltanto sulle prime, e per la larghezza di una moneta di dieci soldi sulla più vicina alla valvula. La sola ultima esulcerazione presenta dei margini grossi, corrispondenti al rialzo della chiazza, e che quindi comprendono il tessuto bianco; sopra le altre chiazze l' esulcerazione non pare che comprenda se non se la mucosa, la quale, su i punti non esulcerati di queste chiazze, è notabilmente ram-

mollita. Alla fine del digiuno si vedono alcuni follicoli isolati, da prima rari, ma che divengono di più in più numerosi e più grossi a misura che si esaminano in maggior vicinanza della valvula; essi sono duri, bianchi, non esulcerati. Essi si estendono fino al colon trasverso, e, nei grossi intestini, vi si vede il vestigio di un'apertura o di un orifizio qualche volta assai largo, ma senza esulcerazione; inoltre, negli ultimi due piedi della lunghezza dell' intestino tenue, si veggiono numerose chiazze non ellittiche assolutamente simili alle altre, se non che sono più picciole, rotonde o di forme differenti.

Le glandule del mesenterio eguagliano il volume di grossi fagiuoli o delle nocciuole; talune sono rosse, altre grigie, con principio di suppurazione e di rammollimento.

In quei punti degli intestini tenui e dei grossi che non sono occupati dalle chiazze e dai follicoli isolati, la mucosa ha la grossezza e la resistenza ordinaria; ell' è ora bianca, ora rosea, secondo che occupa punti che si trovano nella parte declive o nella superior porzione delle circonvoluzioni.

Il fegato pare sano, la milza ha due volte circa l' ordinario volume ed è un poco rammollita.

Noi qui troviamo gli stessi sintomi e le stesse morbose alterazioni che si sono trovate nella prima osservazione. La sola importante differenza che notisi nell'andamento della malattia in queste due affezioni, si è che, nell' ultima, vi fu come fenomeno precursore o preludio una diarrea che aveva durato quasi tre settimane, quando apparvero i fenomeni propri della febbre tifuide ed invece nel primo malato l' invasione fu subitanea. La sola differenza notata nello stato anatomico degli intestini, si è l' esulcerazione dei follicoli confluenti, che vediamo qui cominciata dalla mucosa che copre le chiazze.

In quanto al rammollimento dello stomaco ed a quelle larghe macchie rosse che si vedevano nell' intestino tenue, disposte in forma di zone situate successivamente ed occupanti la parte declive delle circonvoluzioni, si possono coteste modificazioni della mucosa gastro-intestinale considerare come alterazioni proprie della febbre tifoide, e soprattutto l' ultima la quale in realtà non è che un effetto dello stagnare del sangue nelle parti declivi.

Noi siamo d'opinione che generalmente sia stato di soverchio esagerato il valore del colorito rosso dell' estremità inferiore degli intestini tenui nel giudicare della natura delle malattie del tubo digestivo. Si è voluto quasi in tutti i casi attribuire il rossore di questa parte all' infiammazione, e si sono anche stabilite delle distinzioni tra colori che si suppongono differenti e dipendenti da cagioni del tutto distinte, ma veramente è stato questo un andare troppo innanzi: il rossore dei tessuti che è, durante la vita, un segno importante dell'infiammazione, è quasi mancante di valore nel cadavere quando vi si trova solo, e si avrebbe egualmente torto ad affermare alla sola vista del colorito di un intestino che questo intestino fosse infiammato, o negare che lo fusse perciò solo che non avesse il color rosso.

Si fatte considerazioni sono tanto più applicabili qui in quanto l' imparziale esame delle parti e delle circostanze nelle quali esse si presentano all' occhio nel fare l'apertura di soggetti che sono morti dell' affezioni tifoidi pare che indichi, nella maggior parte dei casi almeno, che sì fatto rossore sia effetto di semplice stagnamento del sangue. Per lo più, aprendo il cadavere di cotesti soggetti, trovasi l' ultima metà dell'intestino tenue approfondita nel picciolo bacino dove è stata spinta dallo sviluppamento degli intestini grossi, dello stomaco e del resto del tubo digestivo. Cotesto sviluppamento, insieme a che disordina e turba la circolazione generale pel meccanico impedimento che mette all'espansione polmonare ed ai liberi movimenti del cuore, rallenta eziandio considerabilmente la circolazione venosa adduminale per la forte compressione che fa su tutti i vasi dell' addome, impedisce il ritorno del sangue dalle parti approfondite nel picciolo bacino, e contribuisce ad indurre questo colore rosso soventemente distintissimo di tutti gli intestini, ma più specialmente dell' ultima metà dell' intestino gracile.

Dobbiamo eziandio qui fare un'osservazione che verrà a sostegno della maniera con cui per noi si è data la spiegazione del

rossore sì notabile dell'ultima porzione degl'intestini tenui, che soventemente trovasi di seguito alla febbre tifoide. Nei casi in cui il colorito rosso non è generale e non occupa che gli ultimi piedi della lunghezza degl'intestini tenui, fa alcuna volta maraviglia di vedere i due o tre ultimi pollici dell'ileo, quelli nei quali le chiazze, ovvero le esulcerazioni (secondo l'epoca) sono le più notabili e più numerose, molto meno rosse che nella più vicina parte dell'intestino medesimo. Contuttociò, se il rossore fosse in sì fatto caso un effetto dell'infiammazione, egli sarebbe certamente più distinto negli ultimi tre o quattro pollici della lunghezza degl'intestini gracili. L'esame semplice dell'anatomica posizione di coteste parti ci dà la spiegazione di un tal fatto. Essendo il cieco quasi immobile, non viene trascinato verso il piccolo bacino ed al contrario sostiene, almeno in alcuni casi, la più vicina porzione dell'intestino tenue, quella che va a terminare alla valvula ileo-cecale in una posizione elevata in confronto del resto dell'intestino tenue, che è approfondito nella cavità pelvea, e così sottrae questa corta porzione alla congestione passiva che soffre il resto dell'intestino.

ESULCERAZIONE INCIPIENTE
DALLA DISORGANIZZAZIONE DELLE CHIAZZE.

OSSERVAZIONE III.

Dimora recente in Parigi. Cefalalgia, febbre, diarrea; stupore. Morte nel dodicesimo giorno. Esulcerazione delle chiazze in forma di favo, con brani e suppurazione abbondante.

Certo Bonchard, di 25 anni, conciatetti, che da poco tempo abitava in Parigi, non era mai stato malato, quando, verso la metà di luglio 1831, cominciò a soffrire male di testa ed a perdere l'appetito, il che non l'impediva di continuare a lavorare tuttavia per lo spazio di ott'ore al giorno; ma essendosi allora molto aggravata la cefalalgia e divenuta continua, con febbre fortissima, debolezza grande, vigilia, qualche vomito e diarrea, fu obbligato a condursi all'ospedale ed entrò nell'Hotel-Dieu nel 4 luglio dove fu posto nella sala s. Maddalena al n.° 16, e nello stato appresso.

Il nono giorno della malattia prostrazione con stupore notabilissimo; loquela lenta e difficile con durezza dell'udito; faccia colorita; il malato ha delirato per tutta la notte: alla mattina è assai tranquillo; frequentissimi sussulti di tendini; lingua rossa e che tende alla secchezza, sete ardente, pelle senza calore notabile. il polso dà ottanta pulsazioni ed è poco sviluppato, egestioni liquide ed involontarie nel corso della notte; mancanza di eruzione sull'addome che non è dolente comprimendolo, la respirazione è debole ed accompagnata da poco rantolo crepitante. (*Salasso di ott'once, fomentazioni sull'addome; riso, siroppo di gomma, lavativi ammollienti.*)

La condizione dell'infermo va aggravandosi nei due seguenti giorni; i sussulti di tendini divengono continui ed il malato muore, nel dodicesimo giorno, dopo aver sofferto qualche convulsione generale.

Esame del cadavere fatto trentadue ore dopo la morte.

Cranio. Il cervello è lievemente macchiato; i ventricoli laterali, non dilatati, contengono due cucchiai da caffè di sierosità per ciascuno.

Torace. I polmoni sono perfettamente sani, senza alcuna aderenza, senza tubercoli, nè intasamento. Il cuore non contiene che sangue liquido.

Addome. L'esofago è sano; lo stomaco di color grigio di lavagna, non contiene liquido; nella sua membrana mucosa non vi si riscontra rammollimento, nè induramento, nè ingrossamento. Nulla di anormale medesimamente trovasi nel duodeno e neppure nel digiuno; ma al principio dell'ileo si trovano le glandule di Peyer tutte ingorgate, facenti un rialzo considerabile nell'interno dell'intestino: se ne contano almeno una ventina nella lunghezza di tre piedi. La mucosa che le copre non offre nè rossore, nè rammollimento. Ma negli ultimi otto pollici dell'ileo sono numerosissime e tutte sono esulcerate, con distruzione completa della sostanza bianca e della mucosa in alcuni punti, mentre il resto pare che sia intatto. Sopra di alcune si veggiono dei lembi di questa sostanza biancastra, che non con altro restano attaccati che per mezzo della mucosa che li copre e sono staccati dalla membrana muscolosa o dal tessuto sottomucoso. Tutto lo spazio in cui sono queste chiazze esul-

cerate è coperto di pus di buona natura, dove si trovano piccioli frammenti di materia bianca che pare che siano avanzi delle chiazze a forma di favo. I follicoli isolati sono numerosissimi ed ingorgati negli ultimi diciotto pollici dell'ileo, ma nessuno è esulcerato. Tra le chiazze e i follicoli, nella mucosa, anche in quei punti dove è coperta dal pus, non trovasi rammollimento, nè colorito anormale. Il cieco contiene una materia giallastra simile a sugo di civaia. Le glandule mesenteriche sono voluminose, alcune sono grosse come uova di piccione, rossissime all'esterno, di color rosso giallastro internamente, un poco rammollite e comprimendole anche non molto forte si convertono in putridume.

La milza è grossa, un poco rammollita. Negli altri organi nulla trovasi di anormale.

Una notabile circostanza che questa osservazione ci presenta si è la presenza del pus che copriva la faccia dell'intestino gracile. Di tutti i casi nei quali abbiamo trovato, aprendo il cadavere, chiazze a forma di favo in via di esulcerazione, in tre sole abbiamo veduto del pus di buona natura sulla superficie della membrana mucosa. Invece di considerare in questi casi la presenza del pus come un fatto d'eccezione, noi saremmo piuttosto maravigliati del non l'avere osservato maggior numero di volte in circostanze analoghe, se la diarrea, che soventemente persiste sino negli ultimi istanti della vita del malato, non venisse a spiegarcene la mancanza nella maggior parte dei casi.

In questa e nelle precedenti osservazioni abbiamo veduto che l'esulcerazione incomincia sempre su i follicoli più vicini alla valvula ileo-cecale. Contuttociò, per quanto una legge sia generale, raro avviene che non patisca qualche eccezione, e qui ne riporteremo un esempio notabile; è l'istoria di un soggetto morto di febbre tifoide nella sala s. Maddalena e nel quale l'esulcerazione aveva preso interamente le prime chiazze in forma di favo le più prossime al digiuno ed andava diminuendo poco a poco sulle segnenti fino alle ultime vicine al cieco, che erano intatte. La causa di questo deviamento dalla regola generale ci è rimasta ignota al pari di quella da cui procede la legge medesima.

OSSERVAZIONE IV.

Cefalalgia, vomiti, febbre, diarrea, epistassi, prostrazione, macchie rosee lenticolari, stupore. Morte subitanea nel decimo giorno. Follicoli isolati ingorgati; numerose chiazze di Peyer a forma di favo nella fine del digiuno ed in tutto l'ileo, le più lontane dalla valvula sole ulcerate.

Boulanger, muratore, di 27 anni, che abitava da cinque anni in Parigi, di buona complessione, prova ai 22 febbraio, senza apprezzevole cagione, un brividio seguìto da dolori nella regione epigastrica con nausee, vomiti, assoluta disappetenza, forte sete, cefalalgia, due epistassi e diarrea. Resta per alcuni giorni senza che gli sia apprestata alcuna medicina e nel 28 febbraio viene posto nel letto del n.° 22 della sala s. Maddalena.

L'ottavo giorno della malattia, prostrazione senza stupore, labbra rosse e secche, lingua rossa, secca e coperta di un lieve intonaco mucoso, calore secco della pelle, polso frequente, due egestioni liquide nel corso delle ventiquattr'ore; tosse assai frequente, respirazione normale per tutto il petto, ma con rantolo sibiloso posteriormente. Addome lievemente meteorizzato, indolente comprimendolo, con alcune macchie rosee lenticolari. (*Salasso di dodici once, siero di latte, lavativi ammollienti.*)

Il nono giorno il malato dice di non sentire più alcun male, contuttociò il calore della pelle resta acre, il sonno è agitato e penoso; i lineamenti del volto sono alterati; la lingua secca è coperta di un intonaco biancastro, il polso è frequente.

Il decimo giorno stupore e prostrazione notabilissimi; è accaduta un'epistassi ed il malato è andato sei volte del corpo espellendo materie liquide; polso intermittente, lingua secca e screpolata; vigilia. Due ore dopo mezzo giorno, senza che nulla potesse far prevedere un termine così rapido, il malato viene preso ad un tratto da generali convulsioni; si corre verso il suo letto e già era morto.

Apertura del cadavere fatta quarantatrè ore dopo la morte.

Abito generale. Faccia naturale, grassezza mediocre.

Cranio. Nel cervello e nelle sue membrane nulla trovasi di anormale.

Petto. I polmoni sono del tutto sani; il cuore, del volume ordinario, non contiene che sangue liquido.

Addome. L'esofago è sano, la membrana mucosa dello stomaco è rossa, ingrossata ed un poco rammollita quasi in tutta la sua estensione. Il duodeno ed il digiuno paiono sani; ma alla fine di quest'ultimo si vedono apparire alcune chiazze in forma di favo, rotonde, esulcerate quasi su tutta la loro superficie; la mucosa che le circonda pare non alterata; di poi a misura che si procede verso il cieco, veggonsi le chiazze che da principio erano molto lontane, avvicinarsi, aumentare di larghezza e le esulcerazioni diminuire, dipoi sparire. Le sole sette o otto prime sono esulcerate, e qualche traccia di esulcerazione osservasi ancora nelle seguenti, ma in seguito sono esse del tutto intatte, e presso la valvula sono molto protuberanti, larghe, bianche, aventi un orlo che si avanza in forma di cresta e sporge tutt' all' intorno; nella grossezza della mucosa che le copre e di quella che le circonda non scorgesi alcuna notabile alterazione, come neppure ne è alterata la resistenza ed il colore. Negli ultimi due piedi della lunghezza dell' ileo si trovano follicoli isolati, ingorgati, bianchi come le chiazze stesse, non ulcerati, e che aumentano di volume e di numero a misura che si procede verso il cieco. Nei grossi intestini non è avvenuta alterazione notabile. Le glandule mesenteriche eguagliano il volume delle grosse nocciuole e sono rammollite; internamente contengono un poco di pus. La milza è per lo meno grossa il doppio del solito. Il fegato e gli altri visceri nulla presentano di anormale.

In questa osservazione troviamo lo stomaco in una particolare condizione intorno alla quale vogliamo prima di tutto fermare per alcuni istanti la vostra attenzione: tale condizione o stato dello stomaco si è la riunione di tre anatomiche circostanze comunalmente considerate come tali che caratterizzino l'infiammazione delle membrane mucose, cioè: il rossore, il rammollimento, e l' ingrossamento; imperocchè se il rossore solo della mucosa gastrica può nascere da congestione passiva, che è difficilissimo per non dire impossibile distinguere dal rossore infiammatorio, se il rammollimento della mucosa viene da alcuni patologi attribuito a cagioni diverse dall' infiammazione, tutti sono d' accordo per considerare le tre alterazioni che vi abbiamo incontrato in questo soggetto, cioè il rossore, il rammollimento universale e l' ingrossamento, come l' anatomica espressione del suo stato infiammatorio.

ESCARE GIALLE.

Uno dei più notabili fenomeni che si osservino nel periodo che ora si sta per noi studiando, si è il colorito che prendono in taluni soggetti le chiazze a forma di favo, allorquando hanno cominciato ad esulcerarsi, colorito che quasi potrebbesi considerare come estraneo alla malattia e il quale in realtà non è che accidentale; ma siccome è una circostanza che dà nell' occhio e richiama subito l' attenzione, noi vogliamo andarne alcun poco discorrendo.

Accade alcuna volta, ma non nel maggior numero dei casi, che gli avanzi delle chiazze che sono tuttavia attaccati, tanto al fondo dell'esulcerazione, quanto al solo lembo della mucosa che li copre, hanno, quando sono stati ben lavati, un colore o giallo, o verde o di una gradazione mista, colore che apparisce chiaramente essere dovuto all' azione della bile da cui sono bagnati. Cotesto colorito, dato che sia, può essere conservato per lo spazio di più giorni, benchè le evacuazioni alvine non contengano più bile, imperocchè in alcuni casi abbiamo trovato che penetrava tutta la grossezza della chiazza o dei brani della chiazza.

È facile comprendere che le chiazze non debbano prendere il fatto colore che nel caso in cui l' esulcerazione sia avvenuta per la disorganizzazione delle chiazze medesime, perchè allora essendo libere ai loro lati, e spesso esiandio nella faccia loro inferiore, vengono più facilmente penetrate dalla materia colorante della bile. Del resto, fuori di questo colorito, i casi nei quali si trovano delle escare gialle punto differiscono dagli altri casi. Il fatto seguente ce ne porgerà un notabile esempio.

OSSERVAZIONE V.

Cefalalgia, diarrea, epistassi, stupore profondo. Morte nel diciottesimo giorno. Chiazze a forma di favo parzialmente esulcerate, con escara gialla e ipertrofia dei tessuti sottomucosi e muscolosi.

Certe Taillander, nel venticinquesime anno dell'età, maestro di lingue antiche, che da quattro mesi abitava in Parigi, vien condotte all'Hotel-Dieu ai 17 febbrajo 1831, e posto nella sala s. Maddalena nel letto n.° 21, in tale stato che non si può avere da lui alcuno schiarimento sulle cose precedenti; ma poscia abbiamo saputo da i di lui parenti che dal 3 al 6 febbraio era stato preso, per motivo di morali afflizioni, da forte cefalalgia, che aveva perduto l'appetito e che aveva più volte perduto sangue dal naso in abbondanza, che nel 9 febbraio era stato obbligato a restare in letto e che dopo cotesto tempo eravi sempre rimasto senza punto essere medicato.

Ai 18 febbraio, o undicesimo giorno della malattia, prostrazione e stupore notabilissimi; il malato risponde alle più semplici domande, ma non parla che con molta lentezza e fa aspettare molto a lunge le sue risposte. La pelle è poco calda; il polso poco frequente, e non dà che 72 pulsazioni; sulla pelle dell'addome la quale è bianchissima, non si vedono che cinque o sei macchie rosee; la lingua è appiccicaticcia, bianca nel mezzo, di color rosso acceso nei margini, la compressione dell'addome non desta che poco dolore; evvi un poco di meteorismo; le evacuazioni sono liquide, involontarie e frequentissime; evvi poca dispnea; per tutto il petto si sente il rantolo sibiloso.) *Riso, tisana gommosa, mezzo lavativo di acqua di semi di lino*).

Dodicesimo giorno. Lo stato generale va aggravandosi; il malato non può più rispondere alle domande. Lo stupore e la prostrazione sono gravissimi; contuttociò il malato si è levato solo nel bel mezzo della notte per andare del corpo in luoge vicino al suo letto e la materia stercoracea espulsa è liquida; il meteorismo è più forte; l'infermo sembra che non senta la compressione che se li fa sull'addome; le evacuazioni alvine continuano ad essere involontarie; la respirazione è accelerata; la pelle senza calore, il polso dà 70 battute.

Quattordicesimo giorno. Il malato sta giaciuto sul dorso senza muoversi, senza lamentarsi; la respirazione è alterata. e malagevole; non manca che il rantolo tracheale per credere che vada a morire a momenti, e trattanto per mezzo di alcune cucchiaiate di vino di Malaga e di alcune pozioni di china china si fatto stato prolungasi fino al dieiassettesimo giorno della malattia, in cui pare che provi un poco di miglioramento, almeno riacquista pel corso di alcune ore il suo conoscimento; ma ricade nello stato di prima e muore nel diciottesimo o diciannovesimo giorno.

Apertura del cadavere fatta diciotto ore dopo la morte.

Cranio. Nella faccia convessa delle meningi vedesi qualche vestigio d'edema. Ciascuno dei ventricoli laterali contiene due cucchiai da caffè di limpida sierosità. La sostanza del cervello sembra nello stato normale.

Torace. Nei due polmoni non trovasi altra alterazione, eccetto alcune antiche aderenze. La laringe e l'epiglottide paiono nello stato normale. Il cuore flaccido, senza rammollimento, contiene un poco di sangue nero e fluido.

Addome. Nell'esofago non è alcuna alterazione, lo stomaco che ha grande capacità, contiene una picciola quantità di fluido nero, la sua membrana mucosa è rammollita nel gran fondo cieco, ma non uniformemente. Nulla di anormale è nel duodeno e nel digiuno; ma alla fine di quest'ultimo si veggiono tre o quattro glandule di Peyer ingorgate nel quale è un cavo notabile con marezzi distintissimi, senza rammollimento e senza ingrossamento; in tutta la lunghezza dell'ileo ve se ne vedono di simili affatto, ad eccezione di quelle che occupano gli ultimi sei pollici dove sono protuberanti, in parte esulcerate, e vi sono avanzi di escara che hanno un colore giallo assai vivace. Le chiazze di questa condizione sono quattro soltanto; esse sono rotonde e la più larga non ha più di dieci o dodici linee di diametro. In esse non vi si vedono brani che sulla loro circonfe-

renza; ma questi brani sono anche molto più elevati della mucosa vicina, ed in quella che li copre non evvi altra alterazione che un poco d'induramento. La membrana muscolosa che ne forma da per tutto il fondo si distingue facilissimamente, ed è anche notabilmente ipertrofizzata. Il tessuto sottomucoso il quale trovasi al disotto degli orli di coteste ulcere è esso pure divenuto ipertrofico ed in modo che chiaramente si conosce, e contribuisce un poco a formare il rialzo dei brani d'escare con cui peraltro non si può confondere questa ipertrofia. In alcuni punti cotesti brani sono coloriti di giallo per tutta la grossezza la quale non è minore di una linea o di una linea e mezzo; in altri punti cotesto colorito non è che superficialissimo.

Nessuna alterazione vedesi negl'intestini grossi distesi da gas. La milza ha un volume doppio del suo solito. Nulla di anormale incontrasi nel fegato e negli altri organi.

Troviamo in questa come nelle osservazioni precedenti, che le chiazze più alterate, quelle nelle quali notasi l'alterazione per cui noi abbiamo riportato questo fatto, sono le più vicine alla valvula ileocecale.

Il soggetto era arrivato al diciottesimo giorno della sua malattia, e lo stato nel quale erano, in lui, le chiazze a forma di favo, ci viene a mostrare chiaramente che l'esulcerazione di coteste chiazze doveva contare otto o dieci giorni. Onde questo fatto viene anche a sostegno di quello che abbiamo detto dall'epoca in cui comincia l'esulcerazione.

Faremo notare l'ipertrofia del tessuto sottomucoso che, in questo caso, esisteva insieme alla materia bianca, omogenea, al disotto della quale trovasi situato. Era facilissimo distinguerla al suo colore il quale era più bianco, opalino, alla sua resistenza, perocchè non aveva la friabilità della materia delle chiazze, e finalmente alla sua continuità collo strato sottile del tessuto cellulare vicino il quale era in istato sano ed a cui facilmente si teneva dietro; mentre la materia biancastra, omogenea finiva separatamente sulla circonferenza delle chiazze.

Chomel

CHIAZZE DI SUPERFICIE RETICOLATA
(Chiazze molli di Louis)

Diligentemente ed attentamente esaminando l'aspetto che hanno le chiazze nel corso del periodo di cui ci stiamo occupando, troviamo che, oltre le due forme che abbiamo descritte e che hanno tra di loro tanta analogia che Louis le riunisce sotto il nome comune di chiazze dure, elle presentano ancora una terza varietà di forme che vengono accennate col nome di chiazze di superficie reticolata, imperocchè tal nome indica perfettamente l'aspetto che offre la membrana mucosa che le ricopre.

Per lo più coteste chiazze non fanno rialzo all'interno dell'intestino od anche alcuna volta si vedono delineate in forma di cavo; ma in tutti i casi il reticolo membranoso che le copre è forato da molte picciole aperture vicinissime, e fa manifestamente continuazione colla mucosa vicina. Questo tessuto pare formato da gran numero di picciole maglie che molto facilmente si distinguono e lasciano tra di loro spazi quasi eguali e che sono essi medesimi visibilissimi; ma lo divengono ancora più allorchè versasi qualche goccia d'acqua sulla superficie della mucosa o nei cavi che essa presenta. In alcuni soggetti, l'acqua sollevando queste fogge di maglie, e scostandole, fa sì che facilmente si vedano le aperture che le separano. In sì fatto stato questo tessuto rassomiglia assai bene, dal colore in fuori, alla polpa della ciriegia o della pruna.

La consistenza di coteste chiazze è debolissima; alcuna volta la mucosa che le riveste è sì rammollita che il minimo sfregamento basta a staccarla; altre volte lo è meno, ma in tutti i casi il rammollimento è assai notabile; qualche volta è per lo più sopra un punto che sopra il resto della chiazza, onde accade sovventemente che cercando di staccare colle pinzette una delle maglie delle quali è composta si portano via lembi assai considerabili di detto tessuto.

Il suo colore è ordinariamente rosso bruno assai carico, ed in alcuni casi anche nero.

Questa alterazione della mucosa è esclusivamente limitata ai punti su i quali esistono follicoli, al di là riprende ad un

tratto il suo aspetto, il suo colorito e la sua normale resistenza.

In molti casi, questo tessuto copre integralmente la chiazza intiera: contuttociò ve ne ha qualcuna in cui si trova parzialmente staccato. Al disotto di cotesto tessuto lamelloso trovasi ordinariamente lo strato celluloso e qualche volta la tunica moscolosa allo scoperto; altre volte finalmente, ma più di rado, un lieve strato della materia bianca omogenea delle chiazze; ma qualunque sia il tessuto sopra il quale la membrana mucosa così alterata riposa, giammai conserva aderenza con esso lui, e se ne distacca colla massima facilità.

Raramente avviene che tutte le glandule di Peyer del medesimo intestino abbiano l'aspetto reticolato: per lo più si trova che hanno la forma del favo talora la mucosa che copre una chiazza a forma di favo ha preso l'aspetto reticolato, talora vedesi una chiazza in forma di favo succedere ad una chiazza reticolata e così di seguito. Qualche volta si vedono due o tre chiazze in forma di favo succedute da un egual numero di chiazze reticolate e disposte egualmente di seguito. In alcuni casi una parte della chiazza ha la forma del favo, e fa un rialzo più o meno forte, mentre il resto della chiazza è coperto di tessuto reticolato e fa minore rialzo oppure è depresso. Il tessuto reticolato incontrasi frequentissimamente su i follicoli confluenti, ma molto più di rado sulle glandule di Brunner. Nei casi rari in cui vi si trova, esse offrono una specie di marciume che staccasi con molta facilità.

Quantunque noi abbiamo osservato questo stato reticolato della mucosa in numero assai grande di casi, contuttociò non abbiamo potuto tener dietro, osservando alla sua formazione come abbiamo potuto fare alle altre maniere di esulcerazione. Non abbiamo notato altra differenza sensibile tra le esulcerazioni che succedono alla caduta di questo tessuto e quelle che provengono dalla distruzione delle chiazze in forma di favo, che quella che risulta dalla presenza, su queste ultime, dei brani della sostanza biancastra che forma le chiazze in forma di favo.

Il fatto seguente ne porgerà un esempio notabile di questa anatomica alterazione.

OSSERVAZIONE VI.

Epoca dell'invasione incerta. Morte dopo due giorni che il malato era nell' ospedale. Riunione di chiazze in forma di favo e reticolate, con principio di esulcerazione, rammollimento delle glandule mesenteriche.

La giovine Tortet, cuciniera, di 23 anni, agli 11 dicembre del 1831, venne ricevuta nella sala s. Lazzaro dell'Hotel-Dieu; in quel momento ella conservava il conoscimento, e tutto ciò che da lei si potè sapere si fu che era malata ed erano otto giorni che aveva la diarrea, e che la sua malattia aveva avuto principio col dolore di testa; la donna aveva il mestruo il quale era cominciato nella mattina e lamentavasi di universale indolenzimento. Nel corso della notte fu presa da violento delirio e le regole restarono soppresse.

Il 12 dicembre, prostrazione senza stupore, impossibilità di far parlare la malata, la quale contuttociò è assai tranquilla e resta immobile nel suo letto, cogli occhi aperti, colle pupille largamente dilatate, ma mobili; ella non vuol tirar fuori la lingua, il ventre è tumido, sensibile in tutta la sua estensione se si comprima, e non vi si vedono macchie tifoidi; il polso è vivace, frequentissimo, dà cento diciotto pulsazioni. Nella notte l'orina esce involontariamente. (*Salasso di dodici once, bevonde clorurate, lavativi ammollienti clorurati* ec.)

La superficie del coagulo che fa il sangue è marezzata; la sua parte inferiore è quasi diffluente; evvi molta agitazione in tutto il corso della giornata, alla sera la malata era immobile come nella mattina e non voleva mostrare la lingua. Il polso dava centoquaranta pulsazioni al minuto; vennero attaccate dieci mignatte dietro a ciascuno orecchio.

All'indomani 13, i sintomi si vanno aggravando, l'agitazione è continua; il polso resta a centoquaranta pulsazioni; nei due lati del petto si sente notabile rantolo sibiloso; la malata muore nella notte.

Apertura del cadavere fatta trent' ore dopo la morte.

Abito generale. Irrigidimento delle estremità, grassezza, per l'età del soggetto, notabile.

Cranio. In dietro, sopra una picciola lunghezza della grande scissura, aderenza delle due lamine dell'aracnoide e della pia madre, ma senza alterazione della sostanza del cervello.

Petto. I due polmoni del tutto sani, senza aderenze nè tubercoli, con appena un lieve grado di congestione in dietro.

Nel cuore, di volume ordinario, scorgesi un'ipertrofia concentrica del sinistro ventricolo equivalente al quarto della grossezza ordinaria, senza alcuna alterazione degli orifizi. Le pareti del ventricolo destro sono sottilissime e flaccide, con un poco di dilatazione, senza alterazione degli orifizi. L'aorta è stretta in tutta la sua lunghezza, con difficoltà vi penetra il dito indice. La sostanza del cuore è grigiastra e notabilmente rammollita in tutte le sue parti, il pericardio contiene un'oncia di liquido siero.

Addome. Lo stomaco è dilatato dai gas, nella mucosa non osservasi nè rossore, nè rammollimento notabili; ella è sottilissima, trasparente e gialla nel gran fondo cieco.

Nulla d'anormale trovasi nel duodeno.

Il digiuno contiene grande quantità di liquido grigiastro senza odore; inoltre la sua superficie è coperta in più punti di uno strato di liquido assolutamente simile al pus, senza che lo stato della mucosa, nella quale non osservasi nè rossore, nè rammollimento, nè induramento, nè ingrossamento, possa spiegarne la produzione. Verso la fine di questa porzione dell'intestino si vedono cinque glandule di Peyer situate tra gli otto e i dieci pollici di distanza, e in istato sano; non si distinguono che pel riflesso della luce e pel subito cessare delle pieghe e delle valvule su i loro margini.

A sette piedi di distanza sopra il cieco, una chiazza sana nella sua estremità superiore, ha nell' estremità inferiore una superficie larga più linee con rigonfio, senza rossore, nè rammollimento; otto pollici al disotto altra chiazza ha assolutamente lo stesso aspetto e la stessa disposizione relativa alla differenza tra le due estremità. Sei pollici più sotto una chiazza rotonda fa un rialzo di mezza linea su tutta la superficie che è diseguale, senza colorito nè rammollimento della mucosa che la ricopre, di poi una seconda chiazza simile. Cinque pollici sotto trovasi una chiazza ellittica lunga due pollici e che ha la forma del favo in quasi tutta la sua estensione, eccetto la parte inferiore, dove è una depressione sopra una larghezza di più linee ripiena di tessuto reticolato a maglie larghe e gialle; il qual tessuto è rammollito o somiglia intieramente ad un'escara; al di sotto trovasi immediatamente la membrana mucosa; sul resto della chiazza la mucosa, la quale fa evidentemente continuazione col tessuto reticolato, è intatta ed il passaggio dall'uno all'altro stato è subitaneo. Più in giù, in due o tre altre chiazze osservasi lo stesso genere di alterazione; margini larghi quattro o cinque linee, sporgenti al disopra della mucosa a guisa di funghi, ed aventi nel centro uno spazio pieno di tessuto reticolato rammollito, al di sotto del quale trovasi sopra di una massa di tessuto bianco giallo dell'ingorgamento e sopra un altra la muscolosa in istato sano. Più basso, le altre chiazze sono larghissime, ed hanno la stessa disposizione dei loro orli; su tutta la mucosa è più o meno alterata e lascia allo scoperto larghe chiazze in forma di favo il cui tessuto è rammollito sulle une, solidissimo sulle altre. Esse tutte hanno un colorito giallo alla loro superficie, ma tagliandole si trova il color bianco, la qual cosa è facilissima a farsi nei punti dove sono più grosse. Tutta la superficie dei quattro o cinque ultimi pollici dell'intestino gracile è coperta da uno strato di pus di buona natura, al disotto del quale nelle chiazze non scorgonsi più che alcuni piccioli avanzi del tessuto bianco ed una depressione ulcerosa, la cui superficie è diseguale, piena di bottoni; elleno hanno i margini protuberanti già descritti, ma i quali sono qui unicamente formati dal ripiegarsi della mucosa sopra se medesima, in maniera che l'ulcera che risulta dalla caduta del tessuto ingorgato o reticolato ha quasi l'apparenza d'imbuto, essendo l'apertura molto più ampia del fondo.

Insieme a che si vedono le glandule di Peyer alterarsi gradatamente dall'alto in basso, si trovano medesimamente i follicoli isolati ingorgati, da prima rari, poscia nell' ultimo piede della lunghezza numerosissimi; in quest'ultima parte ve ne sono parecchi nei quali si vede una specie di marciume nerastro, giallo sopra di altre, che distaccasi facilmente col dito; in alcune peraltro non incontrasi che

un' ulcera la cui escara pare che si ala staccata.

Le glandule mesenteriche sono, per tutta la lunghezza dell' ileo, grosse come nocciuole, rammollite e di culor grigio internamente.

La milza ha un volume doppio di quello che dovrebbe avere. Anche il fegato sembra più grosso. Negli altri organi nulla notasi di anurmale.

In questa osservazione sonovi molte cose importanti a studiarsi e che da noi si vogliono ora prendere in esame.

E prima di tutto, abbiamo a quest'ora già assai pratica delle alterazioni delle glandule di Peyer per conoscere che la malattia deve qui risalire ad un' epoca più lontana di quella fissata dall'inferma che diceva di non essere indisposta che da otto giorni in poi. I malati che sono stati ricoverati nell' ospedale hanno sempre messo grande importanza, soprattutto quando la loro condizione è di servitori, a dissimulare le loro malattie, eglino procurano di continuare ad attendere alle loro faccende e solo cessano quando è per essi impossibile fare altrimenti; ordinariamente cominciano essi a contare i giorni della malattia da quello nel quale furono costretti a restare in letto, benchè l'origine sia soventemente molto più remota. Quindi allorchè interrogasi un'infermo della condizione detta sopra, bisogna non si contentare della risposta che dà dopo che gli è stato dimandato da quanto tempo è malato, ma bisogna interrogarlo intorno a ciascun sintomo in particolare; e si perviene facilmente a conoscere, nella maggior parte dei casi, l' epoca in cui la febbre tifoide ha avuto principio, domandandoli se si ricordi in qual giorno la cefalalgia, la diarrea, ec., cominciassero.

Dopo la morte della donna sono state fatte, a fine di ottenere più positive notizie, indagini che non hanno portato ad alcun risultamento; tutto quello che di lei si è potuto sapere, si è che da qualche tempo aveva sofferto forte patema d' animo.

Già abbiamo noi veduto un caso (quarta osservazione) in cui l' infiammazione della fine dell' intestino gracile era palesata dalla presenza del pus; ma in si fatto caso cotesto liquido era in maggior quantità; eravene non solamente alla fine dell' intestino gracile, ma ancora nel tragitto del digiuno, e qui noi siamo naturalmente portati a domandare se il pus che occupa più punti della lunghezza di quest' ultimo intestino fosse stato prodotto in quei luoghi nei quali era, o se al contrario fossevi stato trasportato per un movimento antiperistaltico della fine dell' intestino gracile; benchè quest' ultima spiegazione lasci ancor molto da desiderare, contuttociò ell' è la sola ammissibile poichè, sulla maggior parte dei punti dove era del pus, non scorgevasi alcuna alterazione della membrana mucosa che potesse spiegarne la formazione.

Lo stato morboso delle chiazze in questa donna era notabilissimo; prima di tutto le più lontane dal cieco sono in istato sano; poscia se ne vede una alla fine del digiuno nella quale scorgesi un principio d' ingorgamento soltanto limitato alla metà inferiore della chiazza. Inseguito, a misura che ci avvicinano di più al cieco, troviamo che questa alterazione aumenta di estensione, ed alla terza o quarta chiazza ella ne occupa già tutta la superfice. Più lungi all' ingrossamento delle chiazze vediamo succedere il tessuto reticolato, il quale medesimamente non occupa da principio che la parte inferiore delle prime chiazze ed inseguito le prende tutte intiere. Finalmente vediamo sparire di sulle chiazze frequenti ogni vestigio di tessuto reticolato e della mucosa, e non resta che lo strato di materia omogenea, colorita di giallo, rotto sopra più chiazze, e distrutto anche intieramente sulle ultime. Noi troviamo qui tutte quelle alterazioni dei follicoli che già abbiamo accennate e secondo l' ordine che seguitano nel loro successivo sviluppamento. Troviamo inoltre un esempio di ciascuno dei due generi d' escara che abbiamo detto succedere all'alterazione dei follicoli: l' escara gialla, la quale non è altra cosa che la materia bianca omogenea che riempie i follicoli od occupa il loro posto, è il tessuto reticolato.

In questo caso vediamo parimente che il tessuto reticolato si è sviluppato prima di tutto sopra un punto dove non erano vestigia dello strato bianco, ed appresso sopra molti altri egli ricopriva questo strato medesimo. Dal primo di questi due fatti peraltro non si può conchiudere che il tessuto in discorso a' lu-

generi indipendentemente dall'alterazione dei follicoli, imperocchè sarebbe possibile che un sottilissimo strato di materia bianca fosse già stato assorbito all'epoca della morte, o che un'altro genere d'alterazione dei follicoli avesse prodotto il medesimo effetto. Benchè da noi non si possa con precisione determinare il genere di alterazione dei follicoli che questo stato della mucosa produce, contuttociò non si può ammettere che s'ingeneri primitivamente ed indipendentemente da una lesione dei follicoli; imperocchè sempre abbiamo trovato questo tessuto reticolato limitato allo spazio che occupano le glandule di Peyer; mai abbiamo visto che si distendesse più oltre. Altresì l'allargamento degli orifizi dei follicoli che dà alla mucosa quest'aspetto reticolato suppone quasi necessariamente un'alterazione di sì fatti organi.

SEZIONE III.

ULCERE INTESTINALI.

Se il soggetto vada a morire in un'epoca ancor più lontana di tutte quelle che si sono per noi fino a qui noverate, l'alterazione dei follicoli, tanto isolati, quanto confluenti, presenta nuove modificazioni non meno importanti a studiarsi di quelle che le hanno precedute. In taluni soggetti non solamente non si trovano più chiazze in forma di favo o reticolate in alcuna porzione della lunghezza dell'intestino, ma neppure trovasi alcun vestigio di queste due alterazioni: sugli orli non vi sono più esulcerazioni di questi avanzi di chiazze che in tutti i casi basterebbero per far conoscere la loro origine, ed avrebbero potuto rischiarare sulla natura della malattia se fosse restata occulta. Con qualunque siasi diligenza si prenda ad esaminare l'intestino, non si trovano che ulceri la cui forma e la posizione richiamano alla mente, in molti casi, quelle delle larghe glandule di Peyer, ma che, in molti altri, occupano punti differenti e si presentano sotto forme assai variate da avere dei dubbi intorno alla loro origine.

La forma di coteste ulceri varia singolarmente in alcuni casi, parecchie hanno la forma ellittica distintissima; altre hanno una forma rotonda. Qualche volta non se ne vede che una sola che copre la fine dell'intestino gracile per una lunghezza di uno o due pollici ed in tutto il suo contorno: altre volte, queste ulceri sono picciolissime e non hanno più di due o tre linee di diametro; tra questi due estremi evvi gran numero di grandezze intermedie. In tutti i casi nei margini non si vedono più quelle tortuosità sì notabili descritte nella sezione precedente; al contrario sono essi rotondi; si direbbe che fossero stati fatti con uno stampo.

Talora queste ulceri posano sulla tunica cellulosa e la mucosa sola è stata portata via; altre volte la cellulosa e la muscolosa sono sparite ed il solo peritoneo ne forma il fondo.

Molte varietà si osservano parimente nel numero di queste ulcere; contuttociò raramente avviene che eguagli quello delle chiazze in forma di favo o delle esulcerazioni che si incontrano nella maggior parte dei casi in cui la morte ha luogo nel primo o nel secondo periodo. Per lo più sono esse in poco numero, nè a questo riguardo si può stabilire una regola generale. La loro sede corrisponde a quella che ordinariamente occupano le chiazze in forma di favo ed i follicoli ingorgati. È pur nonostante assai raro che si trovi gran numero di ulcere completamente sgombre dei brani d'escara al disopra dei due ultimi piedi della lunghezza dell'ileo. Per lo più coteste ulcere sono nei diciotto o venti ultimi pollici, ed accade eziandio di frequente che non se ne trovi che negli ultimi sei. In alcuni casi queste ulcere occupano diverse porzioni della lunghezza del grosso intestino; ma allora sono esse sempre picciolissime, non avendo le più grandi che quattro o cinque linee di diametro.

Dopo aver fatta la descrizione di queste ulcere, ci resta a trattare di una questione importante, vale a dire della loro origine. Debbonsi, nei casi in cui trovansi di seguito ad una affezione acuta delle ulcere nelle quali non si veggiono vestigia materiali dello strato biancastro omogeneo che abbiamo descritto, o avanzi di escara, attribuirle alla lesione dei follicoli, o considerarle come effetto di una alterazione primitiva della mucosa, dipendente o dall'infiammazione o dalla spontanea mortificazione di questa membrana?

La risposta a sì fatta domanda è facile per un gran numero di essi; ed in primo luogo per quelli nei quali, benchè nelle ulceri le più vicine al cieco non si scorgano più vestigia dell'alterazione dei follicoli, si trovano coteste vestigia intorno ad ulcere che ne sono più lontane e che rimuovono ogni dubbio intorno all'origine delle prime. Quanto a quelle in cui non trovasi su tutta la lunghezza dell'intestino alcun altro vestigio di quest'alterazione tranne sì fatte ulcere, ve ne sono ancor molte in cui l'origine di queste ultime non sarebbe meno facile a conoscersi. Onde, quando di seguito ad una acuta malattia i cui sintomi sono stati quelli dell'affezione tifoide, si trovano ulcere aventi la forma ed occupanti il sito di larghe chiazze ellittiche, non possono medesimamente aversi dei dubbi intorno alla loro origine, benchè queste chiazze siano esse stesse sparite; ed, in sì fatti casi, che sono i più numerosi di quelli nei quali la morte segue dopo il ventesimo giorno, l'identità dei sintomi, l'identità della sede e della forma delle ulcere bastano per far conoscere la natura della lesione.

Sonovi eziandio dei casi in cui le ulcere si trovano sopra punti diversi da quelli che ordinariamente occupano le larghe gandule di Peyer e prendono forme del tutto differenti, e dove potrebbe parere più malagevole lo scoprirne l'origine. Qui dobbiamo ricordare ciò che altrove dicemmo delle chiazze medie tra i follicoli isolati e le chiazze ellittiche, e nella forma nella sede e nell'estensione di cui si notano numerose varietà. Ora siccome sonovi dei soggetti nei quali non incontrasi che quest'ultima specie di chiazze, e nei quali vanamente si cercherebbero le chiazze ellittiche, non farà maraviglia il trovare in alcuni casi, ulcere la cui forma e la sede saranno differenti da quello che sono nel numero maggiore dei casi. E siccome non evvi un punto dell'intestino dalla fine del terzo superiore del digiuno fino al termine del retto dove non abbiamo trovato dei follicoli in istato d'ingorgamento, egli è chiaro che si possono trovare su tutta questa lunghezza ulcere che siano la conseguenza di tale ingorgamento dei follicoli.

In sì fatto caso, i fenomeni osservati durante la vita essi pure verranno a mostrare viemeglio che queste ulcere appartengono alla lesione dei follicoli dell'intestino, allorchè la malattia avrà tenuto quel corso che suole ordinariamente tenere nella febbre tifoide e se ne saranno palesati i sintomi. I soli casi nei quali potrebbesi incontrare vero imbarazzo, sarebbero adunque quelli nei quali si trovassero delle ulcere nell'intestino gracile, di seguito ad una affezione acuta che fosse sembrata differente dalla febbre tifoide. Ma noi non dobbiamo dimenticare che quantunque le differenti varietà di questa malattia abbiano dei caratteri comuni assai distinti, perchè durante la vita del soggetto non possa esservi dubbio nella maggior parte dei casi intorno alla natura dell'affezione, con tutto ciò alcuni ve ne sono nei quali non trovasi nè la forma, nè l'ordinario andamento, e nei quali pur nonostante le lesioni anatomiche punto differiscono da ciò che sono nei più regolari casi. Onde, anche in questi casi oscuri, se le altre circostanze che hanno rapporto colla durata della malattia e colla sua forma acuta sono le medesime, non si deve stare in dubbio a concludere che le ulcere che possono essere nell'intestino, hanno la stessa origine.

I soli casi che potrebbero fare eccezione a questa regola sono quelli nei quali si trovassero delle ulcere simili a quelle che abbiamo descritte di seguito ad una malattia che avesse durato soltanto alcuni giorni, e che fosse stata preceduta da stato di perfetta sanità; ma nessun caso di questa sorta è a noi occorso di osservare. In tutti quelli nei quali abbiamo trovate queste ulcere, la durata della malattia era stata di diciotto giorni per lo meno. Ci è dunque permesso di concludere, fino a tanto che nuovi fatti vengano a modificare la nostra opinione, che le ulcere che s'incontrano negl'intestini di seguito ad un'acuta affezione siano il prodotto della lesione dei follicoli e che non dipendano da un'alterazione primitiva della mucosa; e quando troveremo negli autori, tanto antichi, quanto moderni, delle osservazioni di acute malattie di seguito alle quali saranno state riscontrate delle ulcere alla fine dell'intestino gracile, avremo il diritto di considerarle come casi di affezione tifoide.

Ma qui occorre medesimamente altra

questione di qualche importanza: trattasi di esaminare se le esulcerazioni indotte dall'alterazione dei follicoli possano in progresso distendersi al di là dello spazio che era primitivamente occupato dai follicoli medesimi. Pare a noi difficile sciogliere sì fatta questiona in una maniera positiva. Contuttociò siamo inclinati a credere che le ulcere intestinali possano in alcune occasioni dilatarsi al di là di cotesti confini; eccone la ragione: in tutti i casi che da noi si sono osservati, in cui la malattia era recente e dove restavano tuttavia le vestigia dell'ingorgamento dei follicoli, le chiazze erano discrete, anche quelle stesse che più sono vicine alla valvula ileo cecale erano isolate, benchè soventemente grandissime; mentre abbiamo trovato ad un' epoca più avanzata della malattia tutto il contorno della fine dell' intestino gracile occupato da una sola e vasta ulcera.

Se questa opinione che le ulcere degl'intestini possano dopo la caduta dell' escara ingrandirsi ancora, è esatta, essa aggiungerà un nuovo motivo a sostegno di quelli che per noi si sono detti all'istante per dimostrare che le ulcere, le cui forme sono differenti da quelle che ordinariamente prendono i follicoli, non vogliono essere attribuite all'alterazione dei follicoli, e che si avrebbe torto a negare quest' origine di un'ulcera dell'intestino unicamente, avvegnachè la sua forma sarebbe differente da quella che ordinariamente hanno i follicoli confluenti o isolati.

Il tempo che impiegano le ulcere a sbarazzarsi di tutti gli avanzi delle chiazze e delle escare non può essere esattamente fissato, e deve variare molto secondo gli individui ed altre non valutabili circostanze. Di due buboni, di due ascessi che appariscono nel medesimo giorno ed in circostanze presso a poco simili, uno arriverà alla suppurazione nello spazio di otto o dieci giorni, l'altro impiegherà il doppio di tempo per giungere al medesimo punto, senza che si possa, in molti casi, indicare la cagione di questa differenza. Qui troviamo maggior incertezza ancora che pel momento nel quale comincia l'esulcerazione, di maniera che è impossibile di determinare, anche per approssimazione di un certo numero di giorni, il tempo in cui l'esulcerazione è completa, in cui non resta più vestigio dell' ingorgamento dei follicoli.

L'aspetto che queste ulcere presentano, benchè vi si notino quelle numerose varietà che già da noi sonosi accennate, ci pare ciò nonostante che possa essere riportato a due forme principali, una che distingueremo col nome di ulcere intestinali semplici, e l'altra col nome di ulcere intestinali con ipertrofia delle tuniche muscolosa e cellulosa. Nella prima forma, la mucosa che forma i margini delle ulcera è bianca e sottilissima; para che essa alcuna volta si confonda col fondo delle ulcere da cui con difficoltà si distingue; essa non dà alcun segno di processo infiammatorio locale, e non mostra nè colorito rosso, nè rammollimento, nè ingrossamento, nè alcuna valutabile degenerazione; nel solo fondo si scorgono alcuni picciolì bottoni carnosi estremamente fini e che facilmente appariscono sulla mucosa, ordinariamente liscia, della fine degl' intestini gracili. Quasi sempre queste ulcere sono regolarissimamente rotonde; qualche volta la mucosa che forma i loro orli è staccata alla distanza di una o di due linee della membrana cellulosa in tutta la loro circonferenza; altre volte non è staccata che in parte. Sì fatta disposizione diviene soprattuttu visibilissima quando si versa dell' acqua alla superficie dell' intestino, situatu in maniera tale che l'acqua penetri al disotto della mucosa; allora crederebbesi di vedere delle picciole valvule analoghe a quelle che si trovano nelle vene.

La seconda forma si conosce ai margini protuberanti e tagliati a sghembo dalla parte dell' ulcera, al loro colorito che inclina più o meno al colore di lavagna e massimamente all'ingrossamento della membrana sottomucosa e muscolosa. Allorquando quest'ultima non è stata distrutta dall'esulcerazione, essa forma il fondo dell'ulcera dove diviene visibilissima per la sua ipertrofia. Allorchè al contrario essa è stata distrutta, allora il fondo dell' ulcera è formato dalla tunica peritoneale e trovasi sui margini, i quali ordinariamente sono grossissimi e qualche volta acquistano tre o quattro linee di altezza. Esaminando questi orli nella loro divisione, trovasi in primo luogo la mucosa che è soventemente rossa ed essa medesima lievemente ipertrofica; poi al

disotto la membrana cellulosa che ha qualche volta acquistato una grossezza considerabile, per esempio, di una o due linee; sotto finalmente trovasi la membrana muscolosa egualmente ipertrofizzata, avente qualche volta la grossezza di due o tre linee. Questa alterazione notabilissima intorno dell' ulcera va ordinariamente diminuendo a misura che si osservano queste membrane più o meno lungi dagli orli e sparisce per lo più a tre o quattro linee di distanza. Queste parti hanno al tempo medesimo una stabilità ed una densità che imprime loro una qualche rassomiglianza col tessuto scirroso.

Ora andiamo ad esaminare gli esempi di questi due stati.

1.° ULCERE INTESTINALI SEMPLICI.

OSSERVAZIONE VII.

Soggiorno recente in Parigi. Stato febbrile manifestatosi; prostrazione e stupore; emorragia intestinale, macchie rosee lenticolari, delirio acuto. Morte nel termine di sei settimane. Ulcere numerose negli ultimi due piedi della lunghezza dell' intestino gracile, di orli schiacciati e regolarmente rotonde, infiltramento sanguigno della mucosa dell'ileo.

Hermans, di ventisette anni, serva, e che abitava da tre mesi in Parigi, di buona complessione e che sempre era stata bene, venne presa verso la metà del dicembre 1830, senza valutabile cagione, da febbre fortissima con debolezza ed universale disagio. Allora ella entrò nella sala s. Lazzaro, in uno stato che non esigeva una curazione attiva, e nel termine di alcuni giorni avendo riacquistata parte delle forze e stando assai bene volle assolutamente uscire. Appena giunta a casa sua fu presa, senza che noi abbiamo potuto sapere se ella avesse commessa una qualche intemperanza, da cefalalgia con vomiti, diarrea e febbre forte. Rientrò nuovamente nell' Hotel-Dieu, sala s. Lazzaro n.° 7, ai 17 gennaio. A quest'epoca la cefalalgia ed i vomiti erano cessati, ma ad una prostrazione e ad uno stupore notabilissimi aggiungevasi forte durezza dell' udito; la diarrea e la febbre persistevano; l' addome era meteorizzato, poco sensibile sotto la pressione, e coperto al pari del petto, di macchie rosee lenticolari. Furono ordinati i diluenti, ma i sintomi continuaronn e lo stato adinamico andò crescendo di più in più. Ai 3 febbraio mandò fuori per la via dell' ano sangue che si trovò mescolato alle orine al fondo delle quali erano coaguli in grande quantità. Da questo momento fu impossibile il far rispondere la malata, la quale fu in istato di continua agitazione, come frenetica, per cui si misero in opera i refrigeranti sulla testa in quel tempo che era immersa nel bagno, ed a cui successe, per lo spazio di tre giorni, uno stato comatoso che venne seguito dalla morte ai 15 febbraio, sei settimane circa dopo il principio della cefalalgia.

Apertura del cadavere.

Cranio. Nelle meningi non trovasi alcun segno d' alterazione, come neppure nel cervello, la cui sodezza ed il colorito sono del tutto normali.

Petto. Nei due polmoni trovasi un poco d'intasamento con rammollimento in dietro; il destro, è del tutto involto in una falsa membrana sotto forma di sacco che è appena aderente alle due pleure da cui si separa facilmente e che pare antica. Il cuore, del volume ordinario, non contiene che sangue limpido.

Addome. L' esofago è sano; la mucosa dello stomaco è bianca, senza rammollimento, nè ingrossamento. Nel duodeno e nel digiuno la mucosa è più pallida dell' ordinario, senza altra alterazione. Nell' ileo, per l' estensione di due piedi, si vedono ulcere che sono tanto più numerose quanto si guarda in maggior vicinanza del cieco. Le più larghe occupano la grande curvatura dell' intestino; tutt' all' intorno sonovene altre molte, ma più picciole. Il fondo di tutte coteste ulcere è bianco come la mucosa che le circonda, e posa sulla muscolosa che ha il suo aspetto normale. Sopra niuna di esse si vedono avanzi di chiazze; i loro margini sono uniformemente rotondi schiacciati, ed in alcuni punti vengono difficilmente distinti dal fondo dell' ulcera medesima. Alla distanza di un piede e mezzo al disopra del cieco nella mucosa scorgesi tutt'ad un tratto per una lunghezza di tre o quattro pollici ed in tutta la sua circonferenza, un rossore punteggiato assai intenso, con

ingrossamento ed infiltramento; ma l'ingrossamento è manifestamente l'effetto di quest' ultimo imperocchè fortemente comprimendo, ne esce un liquido simile a sangue e l' ingrossamento sparisce. Le glandule mesenteriche sono voluminose, rosse e rammollite. La milza è tre o quattro volte più grossa del consueto. Tutti gli altri organi palono sani, se non che sono generalmente scolorati.

In nessuna delle ulceri si vedono tracce del tessuto biancastro che forma le chiazze a favo o del tessuto reticolato. Contuttociò il corso della malattia, tutti i sintomi ne indicano benissimo essere la medesima affezione che già abbiamo osservato quando queste alterazioni esistevano; ma quindi la donna che ne è il soggetto non è morta che nel termine di sei settimane della malattia, spazio di tempo molto sufficiente onde tutti gli avanzi delle chiazze a forma di favo o reticolate siano scomparsi.

Apparisce quanto importanti siano questi minuti ragguagli che noi abbiamo dati intorno alle differenti modificazioni che soffrono i follicoli, tanto confluenti, quanto isolati nella loro alterazione, e le mutazioni che ne risultano nelle parti colle quali essi trovansi in rapporto; imperocchè, a meno di aver tenuto dietro a queste alterazioni nei differenti loro periodi, come abbiamo fatto, sarebbe difficile riconoscere nelle ulcere di forme così variate ed il cui fondo è sì netto, la conseguenza delle chiazze in forma di favo o reticolato di forma ellittica, che troppo generalmente si considera come la sola forma che prendano le aggregazioni dei follicoli.

Troviamo ancora in questo soggetto un'alterazione alla quale dobbiamo per un istante rivolgere la vostra attenzione, aspettando che per noi si prenda a discorrere distesamente quest' argomento. Vogliamo parlare dell' infiltramento sanguigno che osservasi nella mucosa verso la fine dell' ileo, infiltramento al quale pare a noi cosa difficile il non attribuire l' emorragia intestinale che ebbe luogo negli ultimi giorni della vita dell' inferma, e che potrebbesi in questo caso attribuire alla rottura di una branca arteriosa di un certo volume, risultante dal progresso dell' esulcerazione.

L' osservazione seguente somministrerà un esempio del secondo stato di cui andiamo all'istante parlando.

2.° ULCERE INTESTINALI
CON IPERTROFIA DEI TESSUTI MUCOSI
E MUSCOLOSI.

OSSERVAZIONE VIII.

Cefalalgia, diarrea, epistassi, macchie rosee. Morte nel ventesimo giorno della malattia. Chiazze in forma di favo nel principio dell' ileo; più lungi esulcerazioni con avanzi di escare gialle; più lungi ancora, ulcere con ipertrofia dei tessuti muscolosi e cellulosi.

Certo Leleu, di 23 anni, falegname, dieci giorni avanti di essere ricoverato nell'ospedale, viene, senza valutabile cagione, a perdere l' appetito, nè la perdita di questo gli impedisce di lavorare; poscia, dopo due giorni, viene preso da forte cefalalgia con dolore alla gola, fenomeni febbrili notabilissimi; all' indomani diarrea poco abbondante, considerabile indebolimento, che obbliga il malato a venire all' ospedale, dove entra nel 3 gennaio 1831, ottavo giorno della sua malattia; viene collocato nella sala s. Maddalena n.° 26.

Il nono giorno, intelletto limitatissimo, faccia naturale, prostrazione delle forze, lieve cefalalgia, un poco di dolore all'epigastrio e alla gola; l' orlo del velo del palato è un poco rosso, la bocca secca; l'addome voluminoso, sonoro percuotendolo; la compressione sulla regione cecale desta dolore; sono ventiquattr' ore che l' infermo non è andato del corpo; rantolo sibiloso in ambedue i lati del petto, polso resistente, frequente, calore alla pelle. (*Salasso di dieci once. infusione di violette melata, pozione gommosa.*)

Il decimo giorno, il salasso è scarso e pare che il sangue sia uscito lentamente; lo stato del malato è presso a poco il medesimo. (*Nuovo salasso di ott' once.*)

L' undecimo giorno, alla prostrazione si è aggiunto fortissimo stupore; il polso conserva sempre molta frequenza. (*Nuovo salasso di ott' once.*)

Duodecimo giorno, il salasso di ieri è stato fatto molto più abbondante di quello

che fosse stato prescritto; egli è per lo meno di sedici once, e coperto di una cotenna poco grossa aderente agli orli del vaso, e al disopra è una certa quantità di sierosità limpida; il meteorismo è più notabile, stupore forte: questa notte il malato ha avuto più evacuazioni alvine senza chiedere il vaso e senza accorgersene. Il polso è sempre frequentissimo, vivace, agitato.

Il tredicesimo giorno, ai precedenti sintomi si aggiungono macchie tifoidi assai numerose e ben caratterizzate sull'addome.

Il quattordicesimo giorno, epistassi questa notte; il malato chiede l' aiuto dell' inserviente per andare del corpo; il polso è sempre frequentissimo, la lingua si fa secca di più in più.

Il diciassettesimo giorno, i medesimi sintomi persistono; le evacuazioni alvine sono tornate ad essere involontarie; esse sono sempre liquide e giallastre; la lingua è secca, ispessita; verso la sua metà è una larga fessura trasversale ed un'altra è indietro e nel senso della lunghezza che cade perpendicolarmente sulla prima, la respirazione è frequentissima, laboriosa; in ambedue i lati si sentono bolle di crepito più grosse e più umide che nella pneomonite. Spurghi non abbondanti, densi, aderenti al vaso.

Il malato continua in sì fatto stato con qualche intervallo d'agitazione, e la debolezza va continuamente crescendo fino al momento della morte, la quale seguì nel ventesimo giorno della malattia.

Apertura del cadavere fatta quarantaquattr'ore dopo.

Abito generale. Rigidezza delle membra, magrezza mediocre.

Cranio. Lieve infiltramento del tessuto cellulare sottomeningeo; alcuni cucchiai da caffè di sierosità nei ventricoli laterali; in tutta la sostanza cerebrale osservasi un leggiero grado di rammollimento.

Tubo digestivo. Nella mucosa della bocca e della faringe non trovasi alcuna alterazione; in quella dell' esofago si trovano gli orifizi di alcuni follicoli allo stato normale. Lo stomaco, di ordinaria capacità, è dilatato dai gas, e non contiene liquido; la mucosa è, in tutto il gran fondo cieco, di color bianco sudicio e lievemente rammollita; tutto il resto inclina più o meno al colore della lavagna, colla consistenza e grossezza ordinaria. La mucosa dell' Intestino tenue è rossa nella sua metà inferiore, ad eccezione degli ultimi otto o dieci pollici della lunghezza dell' ileo dove è bianca. Il duodeno è fortemente colorito di rosso arancio; il digiuno, vuoto in tutta la sua lunghezza, ha verso il suo terzo superiore un ristringimento di otto o dieci pollici, senza ingrossamento d'alcuna delle sue membrane, in cui l'estremità del picciolo dito non entra che a stento. Al principiare dell' ileo si scorgono alcune chiazze a guisa di favo che fanno un rialso di mezza linea, rare e larghe tra le cinque e le sei linee; tra di esse si vedono le glandule di Peyer molto più grandi e coi loro ordinarii caratteri; contuttociò la mucosa è ivi più increspata, più floscia del consueto; direbbesi che essa, distesa oltre misura per una qualsivoglia cagione, non farebbe che ritornare su se medesima, il che rende le glandule molto più visibili: ve ne sono così due o tre tra ciascuna chiazza a guisa di favo; poi queste ultime cominciano ad esulcerarsi in un picciolo punto e divengono più numerose; più lungi l' esulcerazione aumenta d' estensione ed occupa tutta la larghezza delle chiazze, le quali hanno differenti forme, ma non la forma ellittica delle glandule di Peyer; in queste chiazze è distrutta la sola mucosa ed in più punti la muscolosa è allo scoperto. I margini di sì fatte ulceri sono a sghembo; alcune conservano porzioni di escara gialla, di cui parecchie quasi non sono più attaccate al contorno dell'intestino e l' acqua versatavi alla superficie le fa ondeggiare.

Coteste ulcere sono più numerose verso la fine dell'ileo e del tutto sgombre dagli avanzi delle escare; ma il tessuto muscolare che forma il loro fondo offre un considerabile ispessimento, una linea o una linea e mezzo; inoltre, il tessuto cellulare sottomucoso, che forma in parte l'orlo di queste ulcere, presenta medesimamente un notabile ingrossamento con colore bianco di perla avente l'aspetto interamente scirroso: in esso, in qualunque senso s'incida, vedesi da pertutto il medesimo aspetto, vi si sente la medesima durezza, e fa sì che una di queste ulcere abbia, in grazia della grossezza degli orli tre o quattro linee di

profondità. Esaminando queste ulceri all'esterna faccia dell'intestino, facilmente si distinguono pel colorito bianco che ha il peritoneo che si potrebbe credere ingrossato, ma questa apparenza la dà ad esso il tessuto cellulare sotto peritoneale. Due picciole ulcere sono sulla valvula ileo-cecale medesima, dalla parte dell'ileo; la mucosa dell'ileo è lievemente rammollita in alcuni punti, ma non sempre nelle parti che presentano del rossore.

Nel cieco sono tre ulcere strette, rotonde, circondate egualmente da un cercine assai grosso, quattro o cinque del tutto simili si osservano nel colon, e l'ultima di queste trovasi alle fine del S iliaco, dove sono ancora alcune arborizzazioni.

Le glandule mesenteriche sono tumefatte; alcune eguagliano la grossezza di grosse mandorle; sono rosse, dure, e contengono, nel mezzo della loro sostanza rossa e rammollita, una materia poltacea, biancastra, che si fa uscire mediante la compressione.

Apparecchio respiratore. La cartilagine dell'epiglottide è in parte distrutta, ma circolarmente; la mucosa, distaccata, va a formare intorno a quello che ne resta una specie di prepuzio, che permette di coprire e di scoprire questa cartilagine corrosa; tra le corde vocali della laringe sono due esulcerazioni larghe tra le due e le tre linee. I due polmoni non crepitano nè vi si trovano vestigia di tubercoli, ma un poco di edema; nel destro solo si osserva, nel suo posterior lobo, un principio d'intasamento con rammollimento. Il cuore è flaccido, molle, rammollito e ripieno, come anche tutto il sistema sanguigno, di fluido sangue; il fegato è sano; la milza, un poco più grossa che nel normale stato, è lievemente rammollita.

Voi qui trovate nello stato del colorito del tenui intestini quello che da noi si è già fatto più volte osservare. Il rammollimento della mucosa intestinale, a questo grado, è una alterazione rara, soprattutto comparativamente alla frequenza del rammollimento di quella dello stomaco; ma egli è evidente che sì fatte lesioni, qualunque sia la loro causa, sono differentissime da quelle le quali appartengono necessariamente alla febbre tifoide.

Lo stato delle glandule di Peyer, in questo soggetto, è quanto mai dir si possa notabile; pare che tutte quelle dell'ileo siano state affette, ma già alcune di quelle situate al principio di quest'intestino avevano sofferto una modificazione di cui si parlerà tosto descrivendo il ritorno delle chiazze in forma di favo allo stato normale; altre medesimamente erano per ritornare a questo stato, ma meno avanzate; altre finalmente erano esulcerate ed a gradi variatissimi, ma lo stato più particolare, quello per cagione del quale noi abbiamo riportato questo fatto, si è l'ingrossamento del tessuto muscoloso e sottomucoso dei margini dell'ulcera, e che era assai considerabile per dar loro l'apparenza di ulcere scirrose. Qui vediamo nell'interno quello che osserviamo esternamente in alcuni casi in cui un'ulcera sopra un membro, per esempio, prende, dopo uno spazio di tempo ordinariamente lungo, l'aspetto di tessuto lardaceo, ma colla differenza per altro che essendo la morte avvenuta nel ventesimo giorno non si può attribuire alla vecchiezza dell'affezione, ad uno stato cronico la degenerazione che incontriamo, mentre nelle piaghe esterne la lunga durata della malattia è una condizione indispensabile di sì fatta degenerazione. È eziandio importante di fare avvertire che le esulcerazioni, per quanto durino lungamente, non inducono di necessità questa digenerazione, poichè in gran numero di soggetti che noi abbiamo osservate esulcerazioni durante la lesione dei follicoli confluenti o isolati, in tre soli erano ulcere con questo carattere speciale. Evvi dunque qualche altra circostanza indispensabile, ed è forse una individuale disposizione.

Perforamento intestinale.

Già abbiamo veduto, in numero assai grande di casi, che l'esulcerazione, invece di limitarsi alla mucosa ed al tessuto normale che forma le chiazze a favo, prende la muscolosa; allora non resta nel fondo della piaga che la sottil lamina del peritoneo che copre l'intestino ed impedisce sola l'uscita delle materie contenute nel tubo digestivo. Questa membrana stessa ha, in taluni casi, partecipato all'esulcerazione e il perforamento intestinale, che stabilisce una libera comunicazione tra l'interno del canale intestinale e la cavità peritoneale, è l'effetto di questa estensione dell'esulcerazione.

In quei casi nei quali sì fatto accidente sopravviene durante il corso dell'affezione tifoide, il malato viene ordinariamente preso tutt'ad un tratto, senza apprezzevoli cagioni, da dolori atroci che sono seguiti da tutti i sintomi di generale peritonite acutissima, la quale, quasi costantemente non sta molto a cagionare la morte. Aprendo il cadavere, trovasi ordinariamente, anche avanti di avere aperto gl'intestini, oltre le lesioni che appartengono alla peritonite acuta, un perforamento delle tre tuniche dell'intestino, e qualche volta un'effusione di materia stercoracea nelle vicinanze di cotesto perforamento. Comprimendo colla mano l'intestino sopra un punto poco lontano da questa apertura, si vedono uscire materie liquide mescolate a gas. Sì fatto perforamento, se si esamini internamente corrisponde sempre ad una esulcerazione la quale è più larga dell'apertura medesima, e dove vedesi chiaramente che il perforamento è avvenuto dal di dentro in fuori e non dal di fuori in dentro. Qualche volta il perforamento trovasi sopra una grande esulcerazione, altre volte, ma più di rado, egli corrisponde ad un'ulcera di piccola misura. In tutti i casi, la larghezza dell'apertura medesima è pochissimo considerabile. In nessuna delle osservazioni riportate dal Louis, e nelle quali egli ha notato questa larghezza, essa non oltrepassava le tre linee; per lo più essa non aveva che una linea o una linea e mezzo, e qualche volta sarebbe appena bastata per introdurre la testa di uno spillo. Di due casi osservati nelle sale della clinica, in uno, quello nel quale era più largo, non oltrepassava le quattro o cinque linee nel suo maggior diametro; nell'altro aveva appena tre linee.

Simili perforamenti si formano quasi costantemente sull'ultimo piede della lunghezza dell'intestino ileo. Onde nei dieci casi di questo genere osservati e pubblicati dal Louis, questo sagace osservatore ha sempre trovato il perforamento in detta porzione dell'intestino tenue; in uno dei due casi osservati nell'Hotel-Dieu, il perforamento era più di dodici pollici al disopra della valvula ileo-cecale, e nell'altro era nell'intestino grosso nel luogo dove l'*S* iliaco si congiunge al retto.

Nell'aspetto e nella forma dell'apertura si notano poche varietà; essa, ordinariamente rotonda, presenta qualche volta l'escara del peritoneo, la cui caduta ha dato luogo al perforamento, che ancora si attiene ad un punto dei suoi margini; altre volte è stato trovato il peritoneo staccato dalla muscolosa tutt'intorno dell'apertura e ad una o due linee di distanza.

Benchè una sola di coteste esulcerazioni basti per indurre una peritonite prestamente mortale, con tutto ciò vi sono dei casi nei quali ne sono state osservate due ed anche tre nello stesso intestino.

Questo formidabile accidente può sopravvenire in varie epoche della malattia. In uno dei due casi osservati alla clinica, il perforamento avvenne nel quindicesimo giorno della malattia, e nell'altro il trentesimo. Louis l'ha osservato ad epoche non meno diverse, dal dodicesimo giorno al quarantesimo.

L'esame delle parti che circondano il perforamento è assai interessante, imperocchè unicamente dalla maniera con cui queste parti sono disposte si può argomentare se siavi qualche speranza di guarigione. Costantemente si trovano, nell'apertura dell'addome, come or ora dicevamo, vestigia di acutissima peritonite, e queste vestigia sono la presenza di una quantità notabile di pus o aderenze recentissime tra le circonvoluzioni. Non di rado accade di trovare, in sì fatte occasioni, una o più pinte di pus nell'addome o tutte le circonvoluzioni dagl'intestini tenui riunite in una sola massa per numerose aderenze; in quei casi nei quali la peritonite mostrasi sotto quest'ultima forma, le aderenze sono principalmente più numerose e più accoste nelle vicinanze del perforamento. Onde, in sì fatti casi, è spessissimo mestiero, per scoprire il perforamento, dopo avere aperto l'addome, di staccare successivamente tutte le circonvoluzioni intestinali che sono accollate le une alle altre, fino a che sia venuto fatto di giungere all'apertura esterna. Alcuna volta accade che queste aderenze sono talmente numerose nelle vicinanze del perforamento che l'ansa intestinale che vi si trova aderente l'oblitera e chiude del tutto ed impedisce una nuova effusione di materie stercoracee. Se la peritonite resta limitata ad una parte dell'addome, e che

l'infermo sia posto nelle più favorevoli condizioni, si può non disperare della guarigione; ma questo fausto avvenimento esige la riunione di tante circostanze differenti che per lungo tempo è stato riguardato come impossibile. Contuttociò la più importante di coteste circostanze si è la anatomica condizione qui sopra descritta, e vale a dire la formazione di aderenze per tutto all'intorno del perforamento e prima che la peritonite sia divenuta generale.

Quanto alle altre lesioni, differenti da quelle che dipendono dal perforamento, se noi ne giudichiamo dai due fatti osservati nelle sale della clinica, e da quelli più numerosi osservati dal Louis nelle nostre sale all' ospedale della Carità, esse non differiscono punto da quelle che si incontrano in tutti i casi di febbre tifoide.

Lo studio delle lesioni anatomiche che si osservano di seguito a questa grave complicazione ci porta a ricercare le cagioni alle quali si può, colla maggior probabilità, attribuire il perforamento dell' intestino.

La prima che noi noteremo, si è l'estensione dell' esulcerazione al peritoneo; se l' esulcerazione distrugge, senza che noi ne conosciamo la causa, la tunica cellulosa, poi la muscolosa, non evvi motivo alcuno perchè essa non attacchi egualmente il peritoneo quando ha fatto sparire le membrane che lo ricoprono.

Sonovi peraltro dei casi nei quali si è formata una vera escara sul peritoneo; ed anche qui dobbiamo noi riconoscere un effetto di questa disposizione alla gangrena, si manifesta esternamente nelle parti che sono state sede di alquanto forte irritazione. Per questa parte non avvi luogo che possa essere in più circostanze più favorevoli alla formazione di un escara di quella porzione di peritoneo che fa il fondo di un' ulcera.

Altra cagione che può in alcuni casi agir sola, ma che, per lo più, deve accelerare l' azione delle due prime che si sono accennate, si è la distensione del tubo digestivo prodotta dai gas, distensione che deve bastare in alcuni casi a produrre il perforamento, quando la resistenza dell' intestino è stata diminuita dalla distruzione delle membrane mucosa, muscolosa e cellulosa, e dalla consecutiva infiammazione del peritoneo. L' inerzia dell' intestino e l' accumularsi dei gas nella sua cavità sono dunque circostanze che possono esercitare qualche influenza nella produzione di questo funesto accidente.

In questa gassosa distensione degl' intestini troverebbesi forse una delle cagioni per cui il perforamento è più frequente nella febbre tifoide che nella tisichezza, nella quale sì soventemente si osservano esulcerazioni intestinali, ma in cui il meteorismo è molto meno frequente che nella prima di queste affezioni. Louis che di cinquanta soggetti attaccati dall' affezione tifoide, ne ha visti morire sette pel perforamento intestinale, racconta di non avere osservato quest' accidente che una sola volta in centocinquanta tisici che ha aperto; e in settanta tisici che da cinque anni in qua sono morti nelle sale della clinica, in un solo medesimamente è stato osservato quest' accidente. Tuttavolta, cotesta condizione non è la sola causa della differenza che noi accenniamo; la lentezza del corso della malattia nella tisichezza, e l' ingrossamento che in molti tisici acquistano le membrane che occupano il fondo delle ulcere debbono necessariamente contribuire a rendere più rari sì fatti perforamenti.

OSSERVAZIONE IX. (1)

Soggiorno recente in Parigi. Cefalalgia, febbre intensa, dolore addominale, prostrazione, egestioni involontarie, sintomi di perforamento intestinale. Morte nel trentesimo giorno della malattia. Ulcere alla fine degli intestini tenui; una sola alla fine del colon con perforamento intestinale.

Roux, nel diciottesimo anno dell' età, spazzacammino, e che da tre mesi abitava in Parigi, viene preso verso la metà di ottobre, da diarrea abbondante accompagnata da forti coliche durante i primi giorni. Contuttociò egli non cessa dal lavorare, quando nel 21 ottobre, sente senza alcuna apprezzevole cagione, un brivido seguito da forte calore con cefalalgia; è obbligato a starsene in riposo per

(1) *Raccolta nelle sale del professore Recamier*

due giorni; poscia essendo la febbre un poco diminuita, vuole ritornare al suo lavoro da cui tosto gli è forza desistere. Ai 28 beve una bottiglia di vino caldo, ed, aumentando la febbre, entra nell'Hotel-Dieu ai 29, e viene posto nella sala s. Maddalena n.° 3.

Ai 30 ottobre, decimo giorno della malattia, colore animato, occhi scintillanti; pelle calda, un poco secca, cefalalgia tuttora intensa, debolezza universale notabilissima, leggiera dispnea, tosse assai frequente; lingua rossa, un poco secca; più egestioni liquide in ciascun giorno; dolore nella regione iliaca destra che aumenta comprimendo. (*Acqua di riso gommosa, salasso di due scodellette, empiastro sull' addome, lavativo ammolliente*).

L' undecimo giorno, il sangue del salasso presenta un coagulo senza cotenna e sottilissimo che nuota in una gran quantità di siero. La prostrazione è molto più notabile, con lieve stupore; la cefalalgia pare meno violenta; il polso è meno frequente; il calore della pelle è meno forte e più secco, la lingua è secca e rossa, le labbra scolorite, il dolore addominale un po' meno vivo.

Al diciannovesimo giorno, lo stupore si fa più forte; il meteorismo è considerabile e molto rende difficile la respirazione; le egestioni continuano liquide ma in poco numero; sulle labbra e su i denti si scorge un lieve strato d' intonaco nerastro; il polso resta senza frequenza.

Tutti i quali sintomi continuano nei giorni seguenti presso a poco al medesimo grado; il meteorismo, che molto aumenta, pare che apporti forte impedimento al respiro; la sensibilità dell'addome si mantiene assai squisita; nella notte la vigilia è quasi continua. Succedono evacuazioni alvine e più volte senza che il malato se ne accorga; lo stupore aumenta e diminuisce egualmente più volte; nella frequenza del polso e nel calore della pelle eziandio si notano alcune variazioni.

Al venticinquesimo giorno, il malato è notabilmente dimagrato; egli sta quasi continuamente fermo nella medesima posizione; l'addome è teso, sonoro, un poco dolente se si comprima; il respiro difficilissimo; tre o quattro evacuazioni alvine nello spazio delle ventiquattr'ore; il polso ha ripreso un poco di frequenza; il malato orina difficilmente, e nella regione del sacro vedesi un principio di escoriazione.

Al ventinovesimo giorno, i lineamenti del malato vanno ad un tratto a cambiarsi; egli lamentasi di fortissimi dolori in tutto l'addome, che ha acquistato un volume molto più considerabile di quello che innanzi avesse. Questi dolori hanno cominciato a farsi sentire nel mezzo della notte ed hanno seguitato con assai acutezza; vi è stata qualche nausea ed anche questa mattina l'infermo è andato del corpo ed ha orinato nel letto senza avvedersene; il polso è picciolo, appena appena frequente, la pelle senza calore.

Al trentesimo giorno, la gonfiezza del ventre è cresciuta; le pareti addominali sorpassano le costole, e l'infermo vi sente acuto dolore; la sommità dell'addome è molto sonora, ma il suono è fesso due pollici sotto l'ombellico, e non ostante la sua distensione e la sua sensibilità eccessiva vi si distingue la fluttuazione. La morte avviene al trentunesimo giorno della malattia.

Apertura del cadavere fatta ventiquattr'ore dopo la morte.

Abito generale. Magrezza enorme del corpo; l'addome è molto meno disteso che negli ultimi giorni della malattia; da pertutto rende un suono fesso.

Cranio. Nulla d'anormale è nel cervello.

Petto. Le cavità del cuore contengono un poco di sangue liquido; le pareti del sinistro ventricolo sono ipertrofiche; nei polmoni turgidi per sangue, non si vede alcuna alterazione.

Addome. Tagliate le pareti addominali scola grande quantità di liquido sieropurulento in cui galleggiano porzioni di false membrane. La quantità di questo liquido è per lo meno di tre pinte; il peritoneo, in tutta la sua estensione è di colore bianco sucido ed ha in parte perduta la sua trasparenza; nel luogo in cui il retto si congiunge col S iliaco, si vede una macchia nera larga quanto un centimo circa. Levando ed aprendo con attenzione questo pezzo d'intestino, si vede che su di esso è un perforamento dovuto all'esulcerazione del peritoneo; imperocchè trovasi ancora attaccata agli orli dell'apertura una piccola escara la cui forma corrisponde a quella dell'aper-

tura medesima; sì fatta escara è sottilissima e pare che non comprenda che il peritoneo; nulla è attorno del perforamento che mostri che siasi fatta effusione di materie stercoracee nell'addome. Lo stomaco è in parte pieno di liquido giallastro, senza odore; quattro o cinque vermini ombellicali sono riuniti presso il cardia; la membrana mucosa presenta un colore rosso carico e universale; del resto poi non vi sono esulcerazioni, nè rammollimento. Nell'ultimo piede della lunghezza dell'ileo sono numerose ulcere di varie forme e grandezze, i loro margini sono schiacciati, senza rossore; sopra ciascuna di esse si trovano avanzi di escare, eccetto in quella che circonda la valvula ileo-cecale, dove resta ancora qualche porzione di escare gialle. Nulla d'anormale si rinviene nel cieco e nel colon ascendente; nella maggior parte della estensione del colon trasverso si vedono picciole macchie nere o brune lontane soltanto alcune linee e senza rialzo. Nella mucosa che le separa non trovasi alcuna apprezzevole alterazione; il colon discendente, l'*S* iliaco ed il retto non presentano altra ulcera da quella infuori che corrisponde al perforamento e che non è più larga del perforamento medesimo; di maniera che l'esulcerazione della membrana mucosa, cellulosa, e muscolosa ed il perforamento del peritoneo pare che siano stati fatti con uno stampo; nella mucosa che forma questi orli non incontrasi alcuna apprezzevole alterazione. Le glandule mesenteriche che corrispondono ai due ultimi piedi della lunghezza dell'ileo sono tumefatte; alcune eguagliano la grossezza di una nocciuola, sono solide ed internamente rosse.

Le più importanti circostanze che questa osservazione ci offra sono: 1° la gravezza della malattia tifoide nel soggetto in discorso, e che fu tale, che il perforamento intestinale pare che non abbreviasse la vita che di alcuni giorni; 2° la subitanea invasione di un dolore fortissimo seguito da effusione abbondante nell'addome e già era facilissima cosa il conoscerla all'indomani del giorno in cui si ebbe a credere che il perforamento fosse avvenuto; 3.° la presenza dell'escara la quale dimostrava non essere il perforamento accaduto per l'esulcerazione del peritoneo, ma bensì per la gangrena di esso.

OSSERVAZIONE X. (1)

Soggiorno recente in Parigi. Febbre con dolore in tutto l'addome; diarrea, poi ad un tratto dolori acutissimi dell'addome. Morte nel quattordicesimo giorno della malattia. Una sola esulcerazione presso la fine dell'intestino tenue con perforamento e peritonite acutissima.

Fournier, di 36 anni, segatore, abitante da un anno in poi a Parigi e godendo buona salute, molto lavora nel 18 dicembre, e sentendo gran caldo, viene preso dal freddo; quasi che subito fu assalito da forte febbre con dolori in tutte le membra e senso di universale lassitudine. Egli va a letto e nel termine di qualche ora li viene dato del vino caldo zuccherato per farlo, come egli dice, sudare. Nella seguente notte l'addome diviene doloroso; sopravviene la diarrea ed i dolori generali aumentano. Il malato viene collocato, ai 25 dicembre 1828, nella sala s. Maddalena, n.° 7.

Al nono giorno della malattia, faccia rossa, senza stupore nè sonnolenza; la pelle è calda ed umida, il polso grande, poco frequente; il ventre ha il volume ordinario senza tensione, è sensibile sotto forte pressione verso l'epigastrio e nella regione del fegato; ma non si sente che quest'organo sorpassi l'orlo delle false costole. Ciascun giorno seguono più egestioni liquide, ma senza sforzi, senza coliche; la bocca è cattiva; la lingua larga, senza rossore, lievemente carica. (*Quindici mignatte sull'addome, fomente, quarto di lavativo*).

Al decimo giorno, l'infermo è sempre nel medesimo stato se non che l'addome è alcun poco più dolente, ed è in continua traspirazione. (*Fomentazioni, quarto di lavativo, bagno*).

L'undecimo giorno, il malato sta molto meglio; i sudori sono cessati, nè più si fanno sentire i dolori all'addome; la diarrea diminuisce, la bocca è amara, la

(1) *Raccolta nelle sale del professore Recamier.*

lingua larga ed umida, minore la febbre. (La medesima prescrizione).

Il tredicesimo giorno, stato di prostrazione con dispnea; polso ampio e frequente; pelle calda ed un poco secca; addome indolente; la diarrea è più frequente; nulla di notabile si osserva nei polmoni.

Al quattordicesimo giorno, nel tempo della visita, il malato è in calma, nulla soffre di straordinario; ma alcuni istanti appresso, il medico di guardia, ripassando dinanzi al suo letto, si accorge di una notabile mutazione avvenuta nella di lui fisonomia; il volto è tutto contrafatto; gli occhi sono appannati e paiono incavati; il malato lamentasi di acerbi dolori in tutto l'addome; soffre qualche nausea; il polso è frequente, vivace, picciolo. (*Venti mignatte sono applicate all'istante medesimo sull'addome, fomentazioni; bagno.*)

Il quindicesimo giorno, il malato a stento è riconoscibile; la fisonomia è gravemente alterata ed esprime il senso di forti dolori; gli occhi sono pesti ed appannati; la pelle caldissima; il polso è frequente picciolissimo; la bocca e la lingua secca; il ventre duro senza essere meteorizzato, sensibilissimo ad ogni minima pressione, è la sede di fieri dolori che vanno aumentando a ciascun istante. (*Trenta mignatte sono applicate sull'addome, bagno; nuova applicazione di mignatte per la sera, fomentazioni.*)

Il malato muore nella notte, dopo aver vomitato grande quantità di liquido nero, inodoroso nel quale si vedono tracce di sangue e precisamente in quei punti dove è coperto di schiuma.

Apertura del cadavere fatta ventisei ore dopo la morte.

Abito esterno. Buona conformazione generale: grassezza mediocre; sistema muscolare molto apparente; dalle narici cola sangue.

Torace. Nulla di anormale trovasi nei due polmoni, eccetto un poco d'enfisema. Il cuore sano, contiene, a destra, un coagulo fibrinoso, bianco, impegnato nell'apertura auricolo-ventricolare destra. Nel ventricolo sinistro è un poco d'ipertrofia.

Addome. Duro voluminoso, percosso rende un suono fesso, e contiene quantità grande di pus. Tutti gli intestini sono applicati insieme per numerose aderenze recenti e sono immersi nel pus. Esternamente, al momento in cui viene aperto il ventre, sono di color rosso vivace, e soprattutto in quei punti dove sono in contatto con se medesimi. Il pus che riempie il picciolo bacino e scola in parte per il taglio fatto nelle pareti addominali non ha odore notabile.

Internamente e con diligenza esaminando gl'intestini, trovasi un perforamento dell'intestino tenue dieci pollici od un piede circa, al disopra della valvula ileo-cecale. Il quale perforamento è completamente circondato da aderenze simili alle altre e le quali probabilmente lo avrebbero obliterato se avessero potuto consolidarsi. L'apertura del peritoneo, la quale chiaramente è dovuta ad una perdita di sostanza, ha tre linee circa di diametro; tutt'intorno, fino alla distanza di quattro o cinque linee, il peritoneo è di colore rosso livido che va diminuendo in fuori.

Nulla di anormale è nello stomaco. L'intestino, aperto con diligenza, presenta, e precisamente nel quarto inferiore dell'intestino gracile, fino alla valvula ileo-cecale, un rossore assai uniforme, più forte per altro in alcuni luoghi e che ha sede nella mucosa, la quale è considerabilmente ingrossata; ma passando per di sopra e con forza la costola della lama di un gammautte, se ne fa uscire un liquido siero-sanguinolente, e pare che la membrana riprenda la sua grossezza ed il colore naturale. Questo rossore è prodotto da piccioli vasi dei quali facilmente distinguonsi ad occhio nudo le estremità alla superficie della mucosa dove esse vanno a terminare approfondite in uno strato di sostanza trasparente, tremula e come gelatinosa. Questo strato osservasi in tutto il contorno dell'intestino.

Le glandule di Peyer sono in iscarso numero lungo l'ileo e tutte sono in istato sano; una sola è esulcerata, e cotesta esulcerazione corrisponde al perforamento del peritoneo: ell'è lunga tra le sette e le dieci linee, e tre o quattro larga; i suoi margini sono a sghembo, e nella mucosa che formali non scorgesi alcuna alterazione; essi si riuniscono ai due capi ad angoli acuti.

Gl'intestini son pieni di quantità grande di materia stercoracea liquida, quasi senza gas; vanamente si sono cercate vestigia di questa materia nelle vicinanze del per-

foramento nelle false membrane che lo circondano.

Una sola glandula mesenterica che è nella porzione corrispondente all'esulcerazione dell'intestino, è in istato di suppurazione; le altre cha sono nelle vicinanze ed in picciol numero sono grosse e rosse.

Nei grossi intastini non sono tracce d'alterazione; il fegato e la milza sono in istato sano.

Non è stato possibile di esaminare il cervello.

Una delle più notabili circostanze che incontrisi in questa osservazione, si è il corso semplice e benigno della malattia, paragonato colla gravezza dei sintomi indotti dal perforamento intestinale. Lo stato febbrile, accompagnato da lieve diarrea e la sensibilità dell'addome sono i soli fenomeni che potessero, durante il corso della malattia, indicare la lesione dai follicoli intestinali; ma noi non vi scorgiamo alcuno dei sintomi gravi, la prostrazione, lo stupore, le evacuazioni involontarie, ec., che s'incontrano nel maggior numero dei casi di affezione tifoide.

Nè questa osservazione è la sola in cui sia sopravvenuta una sì grave complicazione nel corso di un'affezione in apparenza leggiera. Di dieci osservazioni di perforamento intestinale sopravvenuto nel corso dell'affezione tifoide che sono state raccolte da Louis, in un caso soltanto la malattia aveva presentato dei sintomi gravi avanti il perforamento, ma negli altri nove soggetti, la febbre aveva incominciato come una febbre continua leggiera e non aveva presentato alcun sintomo grave avanti l'epoca del perforamento; tra di essi si credevano convalescenti e come tali erano riguardati, di maniera che riunendo ai dieci fatti pubblicati da Louis i due osservati nelle sale della clinica, troviamo che, di dodici casi di perforamento intestinale, questa complicazione è sopravvenuta dieci volte in soggetti nel cui stato nulla per l'innanzi era di allarmante, nè vi si osservava sintomo alcuno gravissimo della malattia tifoide, e due volte solamente in persone in cui la malattia aveva qualche gravezza.

Se ora ci ricordiamo che, nelle ordinarie circostanze, il numero dei casi in cui l'affezione tifoide aveva una forma grave è molto più considerabile di quello dei casi nei quali è leggiera, non potremo pensare che una sì notabile differenza sia un semplice effetto del caso, e saremo obbligati di riconoscere una specie di legame tra i casi nei quali la malattia è leggiera ed il perforamento intestinale. Ma per qual ragione sì fatto accidente sopravviene più spesso durante il corso di una malattia leggiera, mentre sì di rado incontrasi nei più gravi casi? Ciò è quanto per noi non si può nè si sa determinare.

Notiamo ancora, in questa osservazione, il passaggio subito dallo stato di calma e di tranquillità in cui era il malato, ai più gravi sintomi d'acutissima peritonite generale. Sì fatta circostanza è uno dei più importanti caratteri per la diagnosi di questa funesta complicazione, in quei casi nei quali l'infermo conserva il conoscimento; tanto più che nel numero maggiore dei casi, come or ora dicevamo, nello stato del malato non scorgesi alcuna apparente gravezza.

Dobbiamo medesimamente far qui notare lo stato d'infiltramento sanguigno della mucosa in una parte della lunghezza dell'intestino gracile, alterazione che già abbiamo riscontrata in un caso. (Vedi l'ottava osservazione.) Ma, nell'ultimo malato non si è saputo che siavi stata emorragia intestinale durante la vita, come fu in quello dell'osservazione ottava. Contuttociò, siccome lo stato poco grave dell'infermo non esigeva assidue cure, è possibile che abbia avuto delle egestioni sanguinolenti che sieno passate inosservate.

Finalmente, l'ultima circostanza che noi noteremo in questa osservazione, si è la poca estensione dall'alterazione dei follicoli; nel soggetto che si discorre non eravi che una sola esulcerazione, ed in tutto il resto dell'intestino non si distinguevano nè chiazze in forma di favo, nè esulcerazioni, e trattanto la malattia non era assai avanzata perchè si potesse credere che le chiazze, se esse erano molto sviluppate, avessero avuto il tempo di ritornare allo stato sano.

Nel soggetto che andiamo discorrendo il perforamento era strettissimo, siccome è nella maggior parte dei casi, la qual cosa ci sembra ragionevole di attribuire al poco tempo che ordinariamente passa tra il momento in cui succede il perforamento e quello nel quale la morte col-

pisce. Per questa parte, noi troviamo differenza grande tra due lesioni che, per altri rapporti, hanno molta rassomiglianza, il perforamento intestinale che sopravviene durante il corso dell'affezione tifoide, ed il perforamento polmonare che, ordinariamente, presenta una più larga apertura, imperocchè sopraggiungendo allora la morte, almeno nel nomero maggiore dei casi, ad un'epoca più lontana, il perforamento dei polmoni, sotto l'impeto della tosse e di altre circostanze che tendono ad ingrandirlo, allargasi ed acquista un'estensione qualche volta considerabile.

L'effetto stesso osservasi nel perforamento intestinale quando la morte non sopraggiunge immediatamente, e vale a dire quando esistono aderenze che impediscono alla peritonite, risultante dall'effusione delle materie stercoracee, di divenire generale, e che trattanto permettono una specie di circolazione tra l'interno dell'intestino e la cavità che esse circonscrivono. Prendiamo a riportare un esempio notabile di un perforamento di questo genere; benchè la malattia che esso è venuto a complicare non fosse un'affezione tifoide, ci farà facilmente comprendere l'influenza che le aderenze esercitano in questi gravi casi è il solo motivo di speranza che ancora si possa avere di conservare il malato dopo che questa complicazione è stata verificata.

OSSERVAZIONE XI.

Peritonite generale acutissima; miglioramento prodotto dalle cavate di sangue e dai mercuriali; nuovi accidenti. Morte. Suppurazione e aderenze peritoneali; perforamenti intestinali; pneumonite lobulare.

La Grillet, giovine di 27 anni, da tre mesi arrivata di Metz a Parigi, godeva abitualmente buona salute ed era ordinatamente regolata; le sue mestruazioni durano pel solito otto giorni. Agli 8 dicembre, essendo tre giorni che avea il mestruo, si espose al freddo e quindi aubito si arresta. Al tempo stesso tumefazione delle grandi labbra, coliche fortissime e fieri dolori al bassoventre, poscia in tutto l'addome ed anche nel destro lato del petto, con sintomi febbrili intensissimi. Nella notte seguente vengono applicate trenta mignatte sull'addome, il che non basta ad impedire l'aumentare di tutti i precedenti sintomi, ai quali si agginngono vomiti frequenti, costipazione e meteorismo del ventre. L'inferma resta senza che le sia apprestata alcuna cura nel 9 e nel 10, ed entra agli 11 dicembre nella sala s. Lazzaro, n.° 9, in cui sono applicate quaranta sanguisughe sull'addome nella serata.

Il 12, i sintomi sono meno allarmanti del giorno precedente, il polso invece di centoventi pulsazioni, non ne dà che sole cento; la respirazione dal quarantotto è discesa al trenta; la gonfiezza dell'addome come anche la sensibilità cumprimendolo sono minori; contuttociò la faccia della malata esprime uno stato di acerbi patimenti; non sono accaduti vomiti durante la notte; mancanza di egestioni da quattro giorni in poi. (*Salasso di dieci once; pozione gommosa, con olio di ricino un' oncia, mezzo lavativo ammolliente.*)

All'indomani, parecchi dei sintomi erano più che mai diminuiti, ma il vomito era ritornato con grandi conati e forti dolori. Nun avendo la malata potuto sopportare la pozione detta sopra, ha preso quattro grani di calomelano, i quali inducono più egestioni; il sangue cavato era coperto di grossa cotenna e rappreso in massa. (*Quaranta mignatte sull'addome, otto grani di calomelano*).

Il 14, la prostrazione è notabilissima; l'addome gonfissimo non è doloroso che comprimendolo; mancanza di vomiti, ma nause frequenti, vigilia continua; cinque egestioni nel corso delle ventiqnattr' ore e pondi che si rinnuovono. (*Due unzioni coll' unguento mercuriale, di due dramme l'una: sedici grani di calomelano in quattro dosi.*)

L'indomani, lo stato generale era presso a poco lo stesso; vengono continuate e le unzioni mercnriali, crescendo sino ad un oncia la dose dell'unguento, e i sedici grani del calomelano. Il 16 il mercurio comincia ad operare sulla bocca e viene continuato pel solo giorno 17. In virtù di sì fatta medicatura il ventre disenfia e cessa di essere sensibile, ma il polso si mantiene frequente, le forze non ritornano, di tempo in tempo avvengonu tuttavia dei vomiti ed ogni giorno dalle cinque alle dieci o dodici egestioni, e

tutti i sintomi della salivazione. Contuttociò, al momento in cui pare che la salivazione sia per cessare, sopravviene la dispnea, sono espettorati alcuni sputi fulvi e si sente un crepito sottile e secco nei due polmoni e posteriormente. Tutti i quali accidenti pare siano un poco calmati da un picciolo salasso e da un vescicante, e la malata rientrava di nuovo in convalescenza, quando la febbre, la debolezza, la diarrea tornarono ad aumentare. Verso la metà di gennaio si osserva, nelle materie che essa espelleva per l'ano, una certa quantità di materia biancastra simile a sugo di oivaia ed in mezzo a cui erano alcuni grumi di sangue. Sì fatta materia bianca, la quale aveva i caratteri del pus, precipitava in parte al fondo del vaso. I vomiti di liquido verde erano tornati ad essere frequentissimi e furono calmati da una pozione gassosa, ma tutti gli altri sintomi andarono aumentando; negli ultimi giorni del gennaio la membrana mucosa della bocca fu coperta di un trasudamento bianco assai grosso, e la malata morì nel 6 febbraio, dopo essere smagrata considerabilmente nelle ultime tre settimane della sua malattia.

Apertura del cadavere fatta trentott'ore dopo la morte.

Abito generale. Mediocre rigidezza delle membra. Nel cervello e nelle sue membrane non trovasi alcun segno di alterazione.

Torace. La laringe, la trachea, i bronchi paiono sani. I due polmoni presentano alla superficie del lobo superiore l'enfisema comune, e, inoltre, gran numero di bolle grosse come piselli, alcune agglomerate, altre isolate che si trovano su diversi punti del polmone. Toccando si sente nel lobo inferiore di ambedue i polmoni buon numero di nodi duri, comunalmente situati assai vicino alla pleura. Queste masse, tagliate, presentano tutti i caratteri delle pneumoniti lobulari che soventemente si osservano in chirurgia, di seguito alle gravi operazioni, ed in medicina nei casi di grandi suppurazioni e di flebite. In alcune, è un tessuto bianco, più secco che nell'ordinaria pneumonite. In altre vedesi uscire da sì fatto tessuto, comprimendo, gran numero di piccioli punti purulenti. Nessuna ha l'apparenza delle ecchimosi o dell'apoplessia polmonare che incontrasi in questa sorta di casi e che non sono che il primo grado di questi nodi pneumonici; in nessuno di tali nodi parimente trovasi pus riunito in ascesso. Essi variano tra il volume di una grossa noce e quello di un pisello rotondo.

Nel cuore, nell'aorta e nei grossi vasi, tanto del petto quanto dell'addome nulla è di anormale.

Addome. Le pareti addominali non sono aderenti col fegato, col cieco e con picciol numero di circonvoluzioni intestinali. Ma il grande epiploon che copre uniformemente gl'intestini è da per tutto aderente con essi. Queste pareti, essendo state levate, vedesi a destra un'effusione di materia stercoracea racchiusa da aderenze lateralmente, ma che distendesi dal fegato all'utero, ed a sinistra, una collezione assai vasta di pus, che occupa dal colon discendente fino al retto; di maniera che porzione di questi intestini è immersa nel pus, che è come crema, senza spiacevole odore. Si trovano eziandio altre due collezioni purulente, ma meno considerabili, e limitate per tutte le parti da aderenze, in mezzo alle quali sonosi esse ingenerate, una al disopra del sinistro lobo del fegato presso allo stomaco, l'altra tra le circonvoluzioni degli intestini gracili.

In tutto il tubo digestivo, tratto fuori e diligentemente esaminato, si notano le alterazioni seguenti: Il trasudamento cotenuoso non oltrepassa la bocca; la faringe e l'esofago sono sani; lo stomaco contiene una notabile quantità di liquido verde; la sua membrana mucosa è bianca, e, in tutta la sua estensione, resiste più all'istrumento tagliente che nei casi ordinari; del resto senza ingrossamento, ma mammellonata nella metà pilorica. Nulla di particolare incontrasi negl'intestini gracili; nel cieco, due pollici circa sotto la valvula è un perforamento della larghezza di un soldo, di margini regolari, corrosi per la larghezza di una linea e per cui dovette uscire la materia stercoracea effusa intorno a questo perforamento; la mucosa è affatto sana; la porzione del colon che avvicina il retto, quella che è immersa nella vasta raccolta purulenta offre egualmente un perforamento presso a poco largo quanto il precedente; l'intestino gracile contiene ma-

terie liquide, il colon, al contrario, materie solide ed eziandio di notabile durezza; al disotto del perforamento del colon evvi una picciola quantità di materia come crema, simile a quella della collezione purulenta ed a quella che contenevano le materie stercoracee della malata; i follicoli confluenti sono rari e poco apparenti; in essi, come neppure nelle glandule mesenteriche non vedesi segno alcuno di alterazione.

Nell'istoria di questa malattia troviamo tre periodi distinti, a ciascuno dei quali appartengono affezioni differenti e che sono separate per intervalli durante i quali il miglioramento facea nascere speranza di guarigione che accidenti nuovi facevano sparire.

La prima è la peritonite generale di cui vediamo dileguarsi tutti i sintomi in virtù della curazione mercuriale, ed al momento in cui il mercurio cominciava ad agire sulla bocca. Questo fatto non è il solo in cui per noi siasi veduto, durante questa medicatura, sopravvenire il miglioramento in casi gravi al pari, nel momento in cui cominciava la salivazione. Nel tempo in cui la malata era nelle sale noi abbiamo richiamata la vostra attenzione sopra questa notabile coincidenza.

La seconda affezione che vedemmo sopravvenire nei primi giorni del gennaio dopo un notabile miglioramento si è la pneumonite lobulare, che fu meglio caratterizzata di quello che soglia essere nella maggior parte dei casi, per lo che vi si potè portare rimedio a tempo; benchè l'apertura del cadavere abbia dimostrato che questa pneumonite non era ancora pervenuta alla risoluzione, contuttociò la cessazione della febbre e la diminuzione della tosse denotavano che, senza nuovi accidenti, la malata poteva scampare da questa nuova ricaduta.

Finalmente il terzo periodo è caratterizzato dal ritorno della febbre e dei vomiti ai quali succedono, nel termine di alcuni giorni, le evacuazioni purulente che denotano il perforamento intestinale. Sarebbe per noi difficile il dire quale sia stato, in questa terza circostanza, l'organo malato; sarebbe egli forse il peritoneo che in forza di non conosciuta cagione, si sarebbe nuovamente infiammato e la cui infiammazione sarebbe terminata colla gangrena in due punti, ed avrebbe così prodotto i due perforamenti che l'intestino presentava; o pure si sarebbe ella l'infiammazione accesa in primo luoge nelle aderenze che si può supporre che siano state generali dopo la peritonite ed indotta la distruzione di una parte di esse per soppurazione. Quest' ultima supposizione ci servirà a spiegare la disposizione di quei grandi spazi nei quali non più incontravansi aderenze e che erano pieni o di pus o di materie stercoracee effuse: fino a qui abbiamo sì poche nozioni intorno alle lesioni che possono soffrire le aderenze, e soprattutto quelle di recente formazione, che ci limiteremo a dare queste due spiegazioni in maniera dubbiosa e senza annettervi più importanza di quella che meritino.

Certo si è che il fluido purulento che ciascun giorno trovavasi nelle evacuazioni alvine della malata veniva dalla suppurazione dell'addome, passando pel perforamento del colon sinistro; onde questo perfuramento già era seguito da tre o quattro settimane. Allora noi comprendiamo come egli abbia potuto acquistare una larghezza così considerabile come quella che ha. In quanto al perfuramento che era nel cieco, non è prubabile che fosse di più recente origine di quello della fine del colon. Benchè le cavità circonscritte da aderenze fossero assai vaste, ciò non pertanto è tuttavia assai facile comprendere come la seconda peritonite, quella che successe alla suppurazione delle aderenze ed al perforamento, non sia stata sì immediatamente mortale come nei casi di febbre tifoide dove ben di rado s'incontrano aderenze antiche.

SEZIONE IV.

CICATRIZZAZIONE DELLE ULCERE INTESTINALI.

Fino a qui siamo andati discorrendo ed osservando le alterazioni che i follicoli soffrono nella febbre tifoide, dal tempo del loro gonfiore fino alla loro completa distruzione; ora prenderemo a studiarli sotto un altro aspetto; noi terremo dietro ad osservare queste diverse alterazioni nel ritorno che fanno verso lo stato sano, e le vedremo grado a grado ritornare ora verso lo stato normale, ora verso una condizione che quantunque

differente dallo stato normale, può per altro coincidere colla salute.

Quando i malati muoiono ad un'epoca anche più lontana di quelle che per noi si sono discorse, per esempio, sei settimane o due mesi dopo la malattia od anche più tardi, i margini delle ulcere che abbiamo descritte sotto il nome di ulcere semplici, sono più schiacciati che mai, e spesso eziandio è difficile distinguerli in alcuni luoghi dalla superficie che ne forma il fondo, e non si può riconoscerne con esattezza la linea dove la mucosa finisce e dove l'ulcera comincia. Nel centro di quest'ultima veggionsi bensì, almeno per alcuno spazio di tempo, picciole diseguaglianze che pare che vi tengano luogo dei bottoni carnosi che si osservano sulle ulcere esterne. Coteste picciole diseguaglianze, che sono soventemente visibili ad occhio nudo, lo sono poi quasi sempre quando si esaminano sotto l'acqua, e facendo penetrare la luce obliquamente; elleno diventano di meno in meno apparenti dal centro verso la circonferenza delle ulcere.

Questa mutazione avvenuta nell'aspetto delle chiazze, questa confusione degli orli e del fondo dell'ulcera che noi consideriamo come un principio di cicatrizzazione, non appariscono egualmente ed al tempo medesimo su tutta la superficie insieme, in taluni casi, appariscono soltanto sopra un punto, mentre sul resto i margini sono distintissimi dal fondo dell'ulcera, e talvolta sono anche staccati in una parte di loro estensione, circostanza che, internamente, deve ritardare al pari che all'esterno il processo della cicatrizzazione.

Quando i soggetti muoiono ad un'epoca ancor più lontana dal principio della malattia, talvolta non trovasi più vestigio alcuno delle ulcere che da noi si sono descritte; pare che la mucosa faccia continuazione su tutti i punti, da pertutto vedesi il medesimo aspetto, e forse un'apparenza più liscia in quei luoghi dove sono state le ulcere, a motivo della mancanza di villosità; ma siccome dette ulcere sono ordinariamente sopra luoghi nei quali non sempre trovansi villosità, la mancanza di queste non può bastare a caratterizzare la cicatrizzazione delle ulcere intestinali. Contuttociò quando il soggetto muore nel corso di avanzata convalescenza o poco tempo dopo, vedesi alcuna volta su i punti che occupano i follicoli confluenti una assai lieve depressione con rossore ordinariamente un poco più cárico; se stacchisi un lembo della mucosa vicina, desso arrestasi per lo più verso la linea dove pare che cominci questa depressione che è veramente poco notabile.

Tali sono gli anatomici caratteri delle ulcere intestinali le quali si trovano nei soggetti che hanno sopravvissuto assai lungo tempo perchè le ulcere abbiano cominciato a cicatrizzare, o pure perchè si siano del tutto cicatrizzate; contuttociò non bisogna aspettarsi di trovare questi caratteri in tutti i soggetti che hanno sofferto un' affezione tifoide e che non muoiono che dopo più anni. Ad una cert' epoca e che noi non possiamo determinare, perchè ci mancano i fatti onde determinarla con precisione, non si possono distinguere i punti nei quali si potrebbe sospettare che fosservi state delle ulcere da quelli nei quali la mucosa dovette restare inalterata. In tutti i soggetti che sono morti nella clinica da più anni in qua, di malattie diverse dalla febbre tifoide si sono costantemente ricercate nel tubo digestivo le vestigia di cicatrici; ma nulla mai si è trovato da potersi considerare come un' antica cicatrice di ulcera intestinale; e trattanto tali ricerche sono state più volte fatte sopra soggetti che, secondo quello che essi ne avevano raccontato, dovevano aver sofferto in tempi anteriori, grave febbre tifoide.

Altra circostanza che qui dobbiamo notare, e la quale è di qualche importanza, si è che presto tutti i soggetti che sono morti per affezione tifoide nelle sale della clinica e nei quali si sono trovate ulcere intestinali cicatrizzate o in via di cicatrizzazione, sì fatte ulcere si trovavano costantemente presso la fine dell'intestino tenue a poca distanza dal cieco; mai ne sono state osservate nei due terzi superiori dell' ileo, nè soprattutto poi nel digiuno, dove trattanto incontransi frequentemente chiazze in forma di favo o esulcerazioni. Da che procede questa differenza nella disposizione alla cicatrizzazione? Difficile sarebbe l' attribuirla semplicemente all' effetto del caso, imperocchè di quarantadue casi che sono andati a terminare colla morte in undici ha avuto

luogo un principio di cicatrizzazione od una cicatrice completa; tutte le ulcere nelle quali era avvenuto questo processo occupavano i sei o otto ultimi pollici della lunghezza dell' ileo; forse avrebbesi ragione di credere che aumentando la gravezza della malattia col numero delle ulcere, la morte colpisce quei soggetti che hanno delle ulcere in tutta la lunghezza dell' intestino gracile avanti che quelle che sono nel digiuno o nel primo terzo dell'ileo abbiano cominciato a cicatrizzare.

Sono, egli è vero, state alcuna volta descritte come cicatrici delle ulceri intestinali le depressioni che in alcuni soggetti si osservano nel digiuno intestino ed al principio dell' ileo, e dove le valvule conniventi si abbassano tutt' ad un tratto od anche spariscono intieramente; imperocchè la questione non ancora è tra gli anatomici decisa; ma si fatte depressioni, in vece di essere cicatrici sono chiazze di Peyer nello stato normale, più apparenti in taluni soggetti di quello che in altri siano, come soventemente si osserva allorquando l' orifizio dei follicoli è circondato da un picciolo cerchio nero che dà alla parte l' aspetto della pelle del mento quando è stata rasa la barba d' allora.

Noi qui vediamo un fenomeno analogo a ciò che osservasi esternamente, quando una piaga di una certa grandezza con perdita di sostanza della pelle cicatrizza; è il medesimo processo ed il medesimo effetto, colla differenza peraltro che internamente il colore e l'apparenza della cicatrice si accostano molto più al colorito e all' apparenza delle vicine parti di quello che sia esternamente; onde bisogna non aspettarsi di trovare una differenza così facilmente apprezzevole tra la cicatrice di un' ulcera intestinale e la mucosa che la circonda, come si trova tra la cicatrice di una piaga esterna e la vicina pelle. Questa considerazione basta per spiegare la incertezza che ha lungo tempo regnato sull' esistenza delle cicatrici delle ulcere intestinali e quella che tuttora regna intorno ai caratteri di queste cicatrici, e per farci comprendere il motivo pel quale le cicatrici delle membrane mucose spariscano in capo a poco tempo, mentre quelle della pelle soventemente si riconoscono con facilità per tutto il corso della vita.

Ora vogliamo riportare un caso nel quale è facile tener dietro alla cicatrizzazione.

OSSERVAZIONE XII.

Cefalalgia, febbre, prostrazione, diarrea, sudamina, uso dei tonici, miglioramento; erisipela della faccia. Morte nel trentesimo giorno. Edema delle meningi; chiazze di Peyer in parte esulcerate, in parte coperte dalla mucosa sotto forma di tessuto reticolato; ulcere in via di cicatrizzazione.

David, nell' età di 28 anni, che da due anni in qua abita in Parigi, e che ordinariamente gode buona salute, viene preso senza apprezzevole cagione, ai 15 del novembre 1830, da cefalalgia, da universale disagio, da sete intensa e da altri sintomi febbrili, i quali peraltro non gl' impediscono di lavorare fino ai 18, tempo in cui è obbligato a restare in letto; al 19, dolore al lato sinistro e all' epigastrio; nel 22 diarrea; al 23 novembre, ottavo giorno della malattia, viene posto nella sala s. Maddalena, n.° 32, non altro avendo preso che vino zuccherato, nei primi giorni del male, vino che fece molto aggravare la febbre.

Nel nono giorno della malattia, prostrazione, intelletto chiaro, traspirazione considerabile; sudamina in grandissimo numero sul petto; cefalalgia violenta, sonno raro ed interrotto; bocca secca ed amara; lingua rossa nei margini, un poco secca; epigastrio dolente comprimendolo, ipogastrio meteorizzato; tre o quattro evacuazioni alvine nel corso delle ventiquattr'ore, sete ardente, orina scarsa, polso mediocremente frequente; tosse frequente; petto sonoro; rantolo sibiloso in ambedue i lati, anteriormente, e posteriormente. (*Salasso d'ott'once, soluzione di siroppo di ribes, acqua d'orzo melata, lavativo d'acqua di semi di lino, fomentazioni ammollienti.*)

Decimo giorno, il dolore di testa, che erasi dileguato dopo il salasso, è ritornato; il dolore epigastrico è meno forte, il polso dà 72 pulsazioni. Il coagulo, solido, senza cotenna, nuota in molta sierosità.

Nei giorni seguenti il malato prova, per più volte, del miglioramento, poscia

ricade, sotto l'influenza dei semplici emollienti.

Nel giorno ventesimosettimo, egli è sempre debolissimo, nel corso delle ventiquattr'ore va più volte del corpo; l'addome è un poco sensibile comprimendolo ed è meteorizzato; il polso poco frequente, picciolo, la lingua appiccicaticcia, con lieve calore alla pelle. (*Acqua di Seltz, due bottiglie, con due once di siroppo di china china in ciascuna; pozione gommosa con estratto di china china, un'oncia; lavativo di camomilla; fomentazioni col vino aromatico.*

Il giorno ventinovesimo, il calore della pelle è molto aumentato, come lo è ancora la freqenza del polso; sono due giorni che l'infermo non va del corpo. (*Viene sospeso l'uso dei tonici, un bagno.*)

Il malato ricade bentosto in una estrema prostrazione; al giorno trentesimo secondo ricominciasi l'uso dei tonici i quali non valgono a rianimarlo come quelli amministrati la prima volta; al giorno trentesimo quarto comparisce un'e risipela alla faccia la quale continua i suoi progressi, benchè in maniera assai lenta, fino al trentesimo sesto giorno in cui il malato muore senza avere nel corso della lunga sua malattia delirio acuto.

Apertura del cadavere fatta quarantasei ore dopo la morte.

Abito generale. Rigidezza delle membra a sinistra, flaccidità a destra; tegumenti della faccia edematosi.

Testa. Infiltramento non purulento del cuoio capelluto; lieve edema delle meningi che ricoprono la convessità degli emisferi; i ventricoli laterali contengono un cucchiaio circa di sierosità chiara senza altra alterazione.

Petto. Nel destro polmone, aderente quasi in tutta la sua estensione, non crepitante, solido, si trovano, nella parte posteriore, alcune ecchimosi; il sinistro, lievissimamente crepitante, è del tutto libero. Il cuore, di volume e di forma ordinaria, contiene coaguli fibrinosi nei due ventricoli.

Addome. Lo stomaco, ristretto, presenta sulla mucosa che è di color grigio lavagna generale, senza rammollimento e senza induramento, gran numero di pieghe; il resto dell'intestino sembra sano fino a che non arrivasi a tre piedi sopra la valvula ileo-cecale, là, si vedono, ad un piede od otto pollici di distanza, due o tre chiazze ellittiche le quali sono parzialmente esulcerate. Ciò che della mucosa resta alla loro superficie, formavi una rete della grossezza di questa membrana e che benissimo distinguesi ad occhio nudo; ma per mezzo dell'acqua le fibrille di cui è formata andando a acostarsi, la sua tessitura diviene apparentissima ed allora somiglia assai a quella del parenchima di certi frutti per esempio, dalla ciriegia e dalla pruna. Conoscesi chiaramente essere questa rete la continuazione della mucosa apparentemente sana, che circonda le chiazze, ma perforata per gran numero di fori. Questo tessuto, di color bruno carico, come anche il tessuto cellulare sotto mucoso, è facilissimo a lacerarsi e levasi a lembi; al disotto alcune altre esulcerazioni non hanno così esattamente la forma ellittica. Finalmente, nell'ultimo piede della lunghezza dell'intestino gracile si vede una dozzina circa di esulcerazioni la cui larghezza varia dalle tre alle sei linee, i cui margini sono da pertutto al livello col fondo delle ulcere, ed in alcuni punti si confondono talmente con questo fondo che non si può distinguere dove i margini comincino; il fondo dell'ulcera è bianco come la mucosa in mezzo alla quale trovasi; contuttociò, guardando il pezzo in maniera a che la luce cada sopra obliquamente, si distinguono delle picciole diseguaglianze vicinissime che sono probabilmente bottoni carnosi; nei grossi intestini non incontrasi alcuna apprezzevole alterazione; le glandule mesenteriche sono grosse, rosse ed un poco rammollite; il fegato è sano, la vescichetta piena di fluido acquoso.

L'epoca avanzata della malattia (il trentesimo sesto giorno), lo stato delle ulcere delle quali era difficile distinguere il fondo, della mucosa vicina, sono circostanze che ci portano a credere che coteste ulcere procedessero verso la cicatrizzazione e che se il malato fosse morto anche più tardi le avremmo trovate confuse colla mucosa intestinale per una compiuta cicatrizzazione. Neppure vi ha dubbio che se il soggetto fosse morto, o durante il primo periodo o durante il secondo, o al principio del terzo, si sarebbero trovate le alterazioni che abbiamo

descritte come appartenenti a queste diverse epoche, imperocchè il processo della malattia e la maggior parte dei sintomi avevano un' identità perfetta con ciò che noi abbiamo veduto nelle osservazioni dei soggetti che morirono nel corso di questi primi periodi. Si può dunque riguardare come certo che queste ulcere fossero succedute a larghe e profonde esulcerazioni, come quelle che per noi si sono vedute nei soggetti della terza e quarta osservazione e che esse medesime erano succedute alle chiazze in forma di favo o reticolate.

Egli è chiaro che nel soggetto che si discorre la morte è stata affrettata dalla complicazione dell'erisipela sopravvenuta al trentesimo quarto giorno della malattia, al momento in cui restava ancora qualche speranza di vedere l'infermo riaversi dallo stato di debolezza in cui era precipitato.

Dobbiamo parimente fare avvertito quale fosse in questo malato l' influenza dei tonici, benchè in queste lezioni non siasi ancora trattato della curazione. La prima volta che vennero amministrati le forze furono subitamente rinvigorite con assai forte aumento del calore della pelle e della frequenza del polso da farcene sospendere l' uso nel termine di due giorni; ma tosto la prostrazione tornò ad essere maggiore che per l' innanzi ed allora l' effetto dei medesimi rimedi non fu così efficace come la prima volta. Per noi basti accennare questo fatto, riserbandoci a tirarne le conseguenze allorchè parleremo della curazione.

Questa osservazione ci ha offerto un'esempio di un' ulcera che era in via di cicatrizzazione; la seguente ce ne offrirà uno di cicatrice compiuta.

OSSERVAZIONE XIII.

Morte avvenuta durante la convalescenza di una febbre tifoide; chiazze reticolate nella metà superiore dell' intestino ileo; ulcere cicatrizzate al di sopra della valvula ileo cecale.

Certo Pagès, architetto, di 27 anni, è ricoverato nella sala s. Maddalena, ai 2 agosto 1831. Egli viene condotto da un medico giovane il quale aveva frequentate con diligenza le lezioni di clinica medica e benissimo conosceva i caratteri della febbre tifoide; cotesto medico ci racconta che il malato già da dieci giorni era entrato in convalescenza succeduta alla febbre tifoide il cui principio risaliva a più di sei settimane addietro e che era stata molto grave. Alcuni giorni avanti di entrare nell' Hotel Dieu, il malato che sentivasi molto meglio, nè altro della malattia restavali fuorchè la debolezza ed un poco d' edema ai piedi, volle andare a passeggiare in vettura; forse soffrì freddo. L' edema si distese alle gambe, alle cosce e finalmente a tutto il tronco.

Fu allora che questo malato, non potendo più essere curato in casa sua in quella maniera che la malattia esigeva, entrò nell' Hotel-Dieu dove noi vedemmo essere le di lui estremità inferiori prese da edema assai considerabile, ma il quale edema era appena sensibile al tronco senza dolore, nè scolorimento della pelle; la metà inferiore del destro lato del petto dava un suono fesso, con assoluta mancanza di rumore respiratorio; non eravi tosse, ma un' oppressione continua e di tempo in tempo qualche palpitazione. Il rumore e l' impulsione del cuore erano deboli; nell'addome sentivasi manifesta fluttuazione con un certo grado di tensione. Erano alcuni giorni soltanto che l' infermo non andava del corpo che materie liquide; eravi un poco di febbre e della debolezza.

Nei primi tempi che l' infermo era nell' Hotel-Dieu, l' edema del tronco disparve e quello delle estremità andò a diminuire; ma presto questa diminuzione arrestossi, andando ad aumentare la debolezza e continuando la febbre. Verso la metà del mese di agosto, il malato, che era condotto a gravissima debolezza, presentò sulla lingua un trasudamento cotennoso che si distese sulle gengive ed a tutta la mucosa della bocca. Morì ai 22 agosto, avendo conservato libero l' intelletto fino all' ultimo momento.

Apertura del cadavere fatta ventisei ore dopo la morte.

Nulla di anormale è nel cervello.

Il destro polmone presenta nella sua base un poco d' infiltramento rosso, ed al lato un poco di apoplessia polmonare. Del resto non edema, non vestigia di tubercoli. Nella sommità del sinistro il quale è perfettamente sano, s'incontrano alcune

picciole concrezioni ossee, ma senza tubercoli.

Il cuore ha appena la metà del volume che dovrebbe avere; il ventricolo sinistro è assai ristretto pel considerabile ingrossamento delle sue pareti, per modo da non vi potere introdurre l'estremità del dito indice; senza alcuno ristringimento degli orifizi, il calibro dell'aorta corrisponde al volume del cuore.

Addome. La cavità addominale contiene forse due bicchieri di sierosità citrina e trasparente.

Nella mucosa dello stomaco non scorgesi nè rossore, nè rammollimento; nulla di anormale trovasi nel duodeno e nel digiuno; nell'ileo, tre piedi sopra la valvula ileo-cecale, sono le chiazze di Peyer coperte di un tessuto reticolato che facilissimamente si lacera ed ha il colore stesso dell'intestino; ma negli ultimi sei pollici della lunghezza cotesto tessuto prende il colore nerastro della lavagna; negli ultimi tre pollici si distinguono quattro o cinque depressioni che paiono essere il risultamento di una perdita della sostanza della mucosa; la membrana che ricopre questi spazi è lucida, liscia, nè vi si nota traccia alcuna di granulazione. Ciò nonostante sonovi due di queste ulcere in cui la cicatrizzazione è meno avanzata ed in mezzo alle quali si distinguono ancora piccioli mamelloni o bottoni carnosi, ma senza che si possa dire esattamente dove cominciano i margini e fino dove si estenda la cicatrizzazione.

I grossi intestini sono in istato sano; le glandule mesenteriche, più grosse che nel normale stato, sono dure, di color rosso tendente al grigio.

La milza ha il volume doppio di quello che dovrebbe avere, contuttociò l'incisione e la compressione non ne fanno uscire una goccia di sangue.

Nelle estremità inferiori appena s'incontra qualche segno d'infiltramento sieroso; le loro grosse vene sono libere per tutta l'estensione.

Questo fatto ci porge un esempio notabile di un accidente che frequentissimamente osservasi di seguito alla malattia tifoide, ma che molto di rado perviene ad un grado così forte come in questo soggetto: è l'edema delle estremità inferiori di cui si è detto altrove e che in questo malato sembra avere contribuito, almeno per una considerabil parte, alle cagioni che hanno indotta la morte.

Tra le chiazze che sono nell'intestino, ne vediamo di quelle il cui aspetto è reticolato, altre, ma più in basso, e solamente verso la fine dell'intestino gracile, che sono cicatrizzate, ed altre soltanto in via di cicatrizzazione. La coincidenza delle quali ulcere, a tre differenti gradi d'alterazione, è una singolare circostanza, ma che del resto trovasi in molti analoghi casi e che viene a sostegno di ciò che noi abbiamo detto nella descrizione delle alterazioni, essere cioè sempre presso la valvula che esse cominciano; quindi, mentre che nell'intestino gracile del cadavere di Pages, troviamo nelle due estremità due forme di alterazioni differenti, di cui l'una è sempre posteriore all'altra, evvi medesimamente nel mezzo una alterazione intermedia tra la perfetta cicatrizzazione e l'esulcerazione.

Altro importante fatto che questa osservazione ci presenta, e che per il momento noi ci contenteremo solo di accennare, si è l'esistenza delle molte esulcerazioni o delle chiazze reticolate, parzialmente esulcerate ad un epoca in cui l'infermo pareva quasi affatto ristabilito ed essere afflitto da altra malattia differente. Fino a qual segno potrebbonsi riportare queste lesioni, che tuttora esistevano nell'intestino del malato in discorso, agli accidenti che ei provò durante la convalescenza? Questo è quanto resta impossibile di determinare per mezzo di questo solo fatto.

Finalmente abbiamo qui la prova che l'anasarca che succede alle febbri gravi, non dipende dall'infiammazione delle vene delle membra inferiori.

SEZIONE V.

RISOLUZIONE DELLE CHIAZZE IN FORMA DI FAVO.

Nei soggetti che muoiono ad un'epoca posteriore a quella in cui le chiazze in forma di favo cominciano ad esulcerarsi, queste ultime, allorchè non sono esulcerate, fanno ordinariamente un rialzo meno considerabile che in quei soggetti che sono morti nel corso dei primi giorni; ad un'epoca ancor più lontana, detto rialzo sembra meno notabile, e noi potremmo, coll'aiuto di picciol numero di fatti rac-

colti in differenti epoche, vedere diminuire poco a poco il rialzo e le chiazze ricomparir così in uno spazio di tempo necessariamente variabilissimo, allo stato loro primitivo.

In quei casi nei quali esiste un certo numero di chiazze in forma di favo nella lunghezza dell'intestino ileo, accade talvolta che le ultime, cioè a dire le più vicine alla valvula ileo cecale, facciano minor rialzo di quelle che ne sono più lontane, e cotesto rialzo va in seguito aumentando a misura, che si esaminano più lungi dalla valvula. È il contrario di quanto abbiamo veduto nei primi giorni, e trattanto sì fatta disposizione è del tutto concorde coll'andamento che abbiamo visto seguitare alle differenti alterazioni che abbiamo studiate fino a qui, e la risoluzione deve tenere il medesimo processo, e cominciare quindi dalle più vicine al cieco, essendo queste chiazze le prime ad ingorgarsi. Abbiamo eziandio osservato dei casi in cui le chiazze le più vicine al cieco non offrivano più alcuna traccia di gonfiezza, alcuna apparenza di rialzo, ma in cui le seguenti, alla distanza di sei o otto pollici, facevano un rialzo di un quarto di linea, alla distanza di un piede o di quindici pollici un rialzo di mezza linea, e più lungi un rialzo, anche maggiore.

Nei quali casi, vale a dire in quelli in cui le chiazze fanno un più picciolo rialzo, si osservano alla loro superficie numerose pieghe nella mucosa che le copre. Coteste pieghe sono soventemente visibilissime, e siccome si incruciano in tutti i sensi, non possono esser prese per continuazione delle valvule conniventi colle quali probabilissimamente sono state spesse volte confuse. Benchè da noi siansi sempre esaminate con molta diligenza le glandule di Peyer nei soggetti morti di affezioni differenti dalla malattia tifoide, mai nulla abbiamo osservato di analogo nelle altre malattie, nè in quei casi nei quali le glandule erano tumefatte, di maniera che non possiamo collegare questa particolare disposizione della mucosa che ricopre la superficie delle chiazze, che alla risoluzione di queste ultime.

Potrebbesi domandare se le pieghe che in questa circostanza s'incontrano alla superficie di dette chiazze siano effetto della loro diminuzione e se dipendano dalla medesima cagione che quelle che osservansi nello stomaco dei soggetti che muoiono di seguito a severa dieta, e nei quali una diminuzione considerabile della capacità dello stomaco induce la formazione di numerose pieghe nella mucosa che ne tappezza l'interno; ma aspettando che nuovi fatti vengano a rischiarare questa questione, la lassezza abituale della mucosa non permette che si adotti simile spiegazione in maniera troppo esclusiva.

Qualche volta in tutte le chiazze di un intestino osservasi lo stato che abbiamo ora descritto; altre volte osservasi soltanto in alcune, mentre che altre vicinissime sono esulcerate.

L'epoca in cui comincia la risoluzione delle chiazze deve necessariamente variar molto, e non potrebbe essere determinata con esatezza che per via di maggior numero di fatti di quelli che sono occorsi alla nostra osservazione. Noi l'abbiamo vista molto avanzata al ventesimo giorno della malattia, mentre in altri casi pareva che le chiazze avessero appena provato un principio di risoluzione dopo il trentesimo giorno.

Più difficile ancora sarebbe il determinare il tempo che le chiazze debbono impiegare per percorrere il periodo della risoluzione; intorno a questi fenomeni che succedono internamente deve essere tanta varietà quanta appunto se ne osserva nei tumori esterni.

È inutile dire che le sole chiazze in forma di favo possono presentare questo ritorno verso lo stato normale; siccome la mucosa che ricopre le chiazze reticolate ha sempre sofferta una alterazione analoga alla gangrena, non si può aspettare che nelle chiazze che essa ricopre si operi il processo della risoluzione. Le due seguenti osservazioni ci porgeranno esempi di questo stato dei follicoli, collegato alle alterazioni che già si sono studiate.

OSSERVAZIONE XIV.

Disagiatezza, cefalalgia, anoressia, delirio furioso, prostrazione e stupore; diarrea, meteorismo dell'addome. Morte nel ventunesimo giorno. Le glandule di Peyer coperte di pieghe fanno un rialzo tanto maggiore quanto si esaminano più lungi dal cieco; glandule mesenteriche voluminose e rammollite.

Toubeau, nel ventottesimo anno dell'età, cocchiere di carrozzino, e che da

nove anni abitava in Parigi, ed intemperante nel bere liquori alcoolici, venne preso, di seguito ad una di siffatte intemperanze, negli ultimi giorni del mese di agosto, da disagiatezza con anoressia, cefalalgia e febbre. Ai 5 settembre entra nell' ospedale della Pietà (nelle sale di Louis) dove gli vengono fatti due salassi, e da dove esce ai 7 come furioso, dopo aver posto a terra coloro che volevano ritenerlo; egli va a casa del portiere che era suo amico e vi resta in istato di delirio continuo, fino gli 11 settembre, giorno in cui fu ricevuto nell' Hotel-Dieu, e posto nella sala s. Maddalena, n.° 34 (sezione di Bouillaud).

Ai 12 settembre, nulla si può sapere da questo malato intorno allo stato suo antecedente. Lo stupore e la prostrazione sono gravissimi; non evvi delirio acuto; la lingua è secca e ricoperta di un intonaco nero liscio e lucido; fortissimo odore di febbre; addome meteorizzato e sensibile se si comprima; mancanza di macchie rosee lenticolari; nella notte un' evacuazione liquida; polso frequente, ampio. (*Soluzione di siroppo di gomma, trenta mignatte sull' addome, lavativo ammolliente*).

Il 13, l' infermo non risponde più alle domande che gli vengono fatte; il polso è quasi insensibile, le estremità sono fredde, l' addome è meno meteorizzato, tre egestioni nello spazio delle ventiquattro ore. All' indomani il malato era un poco alleviato; vengono di nuovo attaccate trenta mignatte sull' addome; queste non apportano miglioramento nello stato generale del malato, il quale muore ai 19, non ostante l' uso internamente del cloruro di soda, cominciato quattro giorni avanti la morte.

Esame del cadavere.

Cranio. Meningi normali; cervello pallido non punteggiato, senza rammollimento, nè durezza notabile; un cucchiaio da caffè di sierosità, in ciascun ventricolo laterale.

Petto. Cuore di volume ordinario, flaccido, non rammollito, contenente un poco di sangue liquido; nei due polmoni si osserva un poco d' intasamento e precisamente nella parte posteriore; la pleura sinistra contiene due once di sierosità tinta di sangue.

Addome. La faringe è coperta di mucosità diseccate; l' epitelio che teppezza la mucosa esofagea staccasi ad ogni più lieve sfregamento; lo stomaco ha la capacità ordinaria; la sua membrana mucosa è grigiastra nella porzione che corrisponde alla milza, lievemente rammollita nel gran fondo cieco, dove si nota un poco di rossore; nel duodeno e nel digiuno non è alterazione notabile, non vi sono follicoli visibili; le porzioni dell' ileo che scendono nel picciolo bacino sono rosse esternamente; le altre conservano l' ordinaria trasparenza; internamente e verso l' alto dell' ileo, alcune chiazze ellittiche fanno una protuberanza di un quarto di linea o di mezza linea circa, senza rammollimento, senza colorito differente da quello della mucosa che le circonda; quella che li ricopre non pare alterata, ma presenta numerose pieghe sulla loro superficie e dirette in tutti i sensi, per lo che hanno l' aspetto rugoso; le chiazze che maggiormente si avvicinano alla valvula ileo-cecale hanno i medesimi caratteri, ma sono più picciole; il rialzo che esse fanno è a mala pena visibile e le pieghe sono più apparenti; lo strato di sostanza biancastra omogenea è molto sottile, la mucosa e le chiazze sono rosse nei punti corrispondenti al rossore esterno negli ultimi quattro pollici; la prima è bianca, infiltrata in questo spazio; follicoli isolati, numerosi, con un punto bianco, poco sviluppati. Il cieco e la superior metà del colon hanno un colore ulivastro un poco carico; follicoli isolati, numerosi, visibili in grazia di un punto nero; le glandule mesenteriche dirimpetto al cieco ed agli ultimi diciotto pollici della lunghezza dell' ileo sono rosse, grosse come nocciuole; se si incidano ne esce un liquido bianco simile a mucosità. Il fegato è sano; la milza molto rammollita, ha al certo una volta e mezzo il suo ordinario volume; tutti i vasi non contengono che liquido sangue.

Una delle più importanti circostanze che ci offra l' alterazione delle glandule di Peyer, in questo soggetto per l' argomento che ora si discorre, è la disposizione di sì fatte glandule le quali sono tanto meno alterate quanto più si esaminano in vicinanza del cieco. Onde, sulle più prossime alla valvula, l' alterazione è sì poco apprezzevole che esse non avrebbero certamente fermata l' at-

tenzione se la natura della malattia, l'aspetto rugoso che esse presentavano e massimamente lo stato delle chiazze situate più in alto, non l'avessero attirata in modo tutto particolare. Quanto più ci andiamo in seguito discostando dal cieco, risalendo verso il digiuno, e tanto più la protuberanza aumenta.

Qui succede il contrario di quanto abbiamo osservato in quasi tutti i casi. Ora, benchè noi ne abbiamo osservato uno (Osservazione IV.) in cui l'alterazione dei follicoli presentava, al decimo giorno; questa disposizione, contuttociò è più naturale ammettere che questo stato dipenda da una nuova modificazione della lesione dei follicoli che di cercare la spiegazione in un'eccezione. Altresì, già abbiamo dimostrato che nelle ordinarie circostanze le chiazze in forma di favo cominciano ad esulcerarsi tra l'ottavo ed il quindicesimo giorno della malattia, quindi anche qui avremmo un'eccezione, poichè, sebbene Toheau sia morto verso il ventunesimo giorno della sua malattia, contuttociò niuna delle chiazze offriva ancora principio di esulcerazione.

In sì fatto caso adunque siamo obbligati ad ammettere o che i follicoli fossero già in parte ritornati allo stato normale, o che non avessero fatto per tutto il corso della malattia maggior rialzo che all'epoca della morte; ma siccome in tutti quei casi nei quali abbiamo fatta l'apertura del cadavere pochi giorni dopo il manifestarsi del male, nelle chiazze si è sempre osservato un rialzo considerabile, la seconda supposizione non può essere ammessa.

Lo stato dei follicoli isolati merita egualmente la nostra attenzione; vi scorgiamo, come nei follicoli confluenti, una picciola quantità di quella materia biancastra che, nei primi giorni, dà ad essi un volume molto più considerabile. Egli è chiaro che essi avevano provato la medesima modificazione nella loro alterazione che i follicoli confluenti.

I sintomi osservati nello spazio dei pochi giorni che il malato è stato nell'Hotel-Dieu, il delirio furioso al quale succedono la prostrazione e lo stupore con diarrea, il meteorismo, le fuliggiuosità su i denti e sulla lingua, non potevano lasciar dubbio alcuno intorno alla natura dell'affezione che travagliava il soggetto in discorso. Dagli schiarimenti presi all'ospedale della Pietà si venne quindi a sapere che nei primi giorni era stato considerato dal Louis, il quale era stato dal malato medesimo istruito degli antecedenti, come attaccato da febbre tifoide, e la mancanza di qualunque altra lesione a cui si possano riferire sì gravi fenomeni, ha intieramente confermata la diagnosi.

OSSERVAZIONE XV.

Preludi che durano otto giorni; cefalalgia; diarrea, epistassi, emorragia intestinale. Morte nel diciassettesimo giorno della malattia, Chiazze in forma di favo di ritorno allo stato normale; ulcere nell' ileo.

Grandidier, di 31 anno d'età, fabbricatore di scarpe, e che da undici anni in poi abitava a Parigi, assicura di non essere mai stato malato. Al principio di giugno 1832, venne preso, senza alcuna apprezzevole cagione, da disagiatezza, con dolore di tutte le membra e ronzio d'orecchie, i quali incomodi per altro non gl'impedirono di continuare a lavorare. Nell'ottavo giorno vi si aggiunse intensa cefalalgia, e svenimenti: allora fù obbligato a restarsene in letto; di poi la cefalalgia crebbe poco a poco come anche la debolezza; ma senza diarrea, senza dolore addominale; nel quarto giorno della malattia, sopravviene un epistassi, cosa che da molti anni non erali accaduta. Nel quarto giorno viene portato all'Hotel-Dieu sopra una barella e posto nella sala s. Maddalena, senza che gli fosse ancora stato apprestato alcun rimedio.

Il 19 giugno, o sesto giorno della malattia la fisonomia esprime debolezza, senza stupore; i lineamenti sono mobili, risposte chiare, cefalalgia incomodissima, impossibilità a stare ritto; sete molto forte, lingua un poco bianca verso la sua base, umida; ventre indolente, in tutte le sue parti, eccetto nella regione iliaca destra dove la compressione induce un poco di dolore e gorgogliamento. Sono quattro giorni che il malato non va del corpo, e l'ultima volta andò mediante un lavativo; tosse assai frequente e che induce un senso di dolore e di calore dietro lo

sterno; respirazione un poco accelerata e lamentevole; espettorazione di alcuni spurghi opachi, mucosi, in forma di torselli; il polso dà novanta battute; calore elevato senza essere acre; mancanza di sudore e di eruzione tifoide. (*Salasso di dodici once, soluzione clorurata di siroppo di gomma sei boccoli; pozione gommoso; lozione clorurata quattro volte; due mezzi lavativi clorurati; dieta.*)

Il settimo giorno. Il malato ha sognato tutta la notte, ma senza delirio acuto, ed ha avuto più evacuazioni liquide durante la notte; egli è meno presente a se d'ieri ed è più abbattuto; forte ripugnanza a parlare; sete ardentissima. Scorgonsi alcune macchie rosee sull'addome.

Nei giorni seguenti, i medesimi sintomi persistono, ma aggravandosi; le macchie rosee divengono numerosissime sull'addome e sul petto; le evacuazioni alvine continuano involontarie o frequentissime.

L'undecimo giorno, nel corso della notte, emorragia intestinale considerabile che viene arrestata con lavativi freddi ed applicazioni fredde sull'addome.

Cotesta emorragia rinnuovasi per tre volte in quattro giorni ed induce grandissima debolezza. Contuttociò pare, per uno o due giorni, che l'intelletto del malato sia più chiaro; poscia nel tredicesimo, quattordicesimo e quindicesimo giorno, l'infermo ricade in istato d'insensibilità quasi completa; diviene affatto impossibile il farlo parlare; resta continuamenre giaciuto sul dorso senza fare alcun movimento. Cinonostante la deglutizione effettuavasi sempre con facilità.

Dalla fine del quindicesimo giorno in poi la debolezza del polso era estrema, la respirazione rumorosa e quasi tracheale. Questo stato continua fino al cominciare del giorno decimosettimo, nel qual giorno il malato muore dopo avere espulso una picciola quantità di sangue simile a cioccolatte.

Apertura del cadavere fatta diciott'ore dopo la morte.

Cranio. Lieve edema delle meningi alla faccia convessa degli emisferi soltanto; due cucchiai da caffè di limpida sierosità in ciascuno dei ventricoli laterali, la sostanza del cervello sembra allo stato normale in tutta la sua estensione.

Torace. I due polmoni sono perfettamente sani; il cuore flaccido, non rammollito, non contiene che un poco di sangue nero e fluido.

Addome. Nell'esofago non incontrasi alterazione alcuna; lo stomaco, di grande capacità, contiene un poco di fluido giallastro; la sua mucosa è rammollita nel gran fondo cieco, ma non uniformemente. Nel duodeno e nel digiuno nulla osservasi di anormale. Alla fine di quest'ultimo si vedono alcune chiazze di Peyer, sane, poscia nell'ileo, elleno cominciano a presentare un lieve rialzo con marezzi distintissimi e che per questo rapporto quasi si avvicinano allo stato reticolato. Le pieghe che formano questi marezzi sono dirette in tutti i sensi e lasciano appena tra di loro spazi di una linea o una linea e mezzo di diametro. La mucosa che la copre ha la consistenza ed il colore della mucosa vicina. Questo stato delle chiazze osservasi quasi fino alla fine dell'ileo, dove sparisce ad un tratto, e dove si trovano negli ultimi pollici della lunghezza di quest'intestino, sei ulcere, il cui diametro varia dalle quattro alle dieci linee, rotonde, di margini nette, senza alcuna traccia d'avanzi di escare; la muscolosa che ne fa il fodo, è un poco ipertrofizzata; nella mucosa che separa non osservasi nè ingrossamento, nè rammollimento, nè vestigio alcuno di altra apprezzevole alterazione. Le glandule mesenteriche sono grosse, violette e dure in quasi tutta la lunghezza dell'ileo. Nel grossi intestini, distesi da gas, non si vede alterazione alcuna. La milza ha un volume doppio di quello che dovrebbe avere; gli altri organi paiono in istato sano.

I fenomeni osservati durante la vita nel soggetto che si discorre, sono assai interessanti da doverci noi trattenere alcun poco a parlarne. L'epoca tardiva nella quale apparve la diarrea, la quale da principio fu involontaria, la presenza del gorgogliamento avanti che la diarrea si fosse manifestata, l'apparizione di una emorragia al decimo giorno, sono tutte circostanze alle quali devesi rivolgere e fermare l'attenzione. Egli è raro, particolarmente nei casi che hanno funesto termine, che la diarrea non sopravvenga che alla fine del primo periodo, come si vede in questo soggetto; ma l'esistenza del gorgogliamento avanti che la diarrea si fosse manifestata, pare che ne indichi

che quantunque non fosse ancora apparita, ciò nonostante lo stato degl' intestini poco differisse da quello che è quando si è manifestata. Il gorgogliamento prodotto per la compressione che non si osserva nello stato di sanità suppone verso la fine dell' intestino gracile un miscuglio di gas e di materie liquide, e probabilmente ancora uno stato morboso della valvula ileocecale che denotino essere la diarrea imminente, se già non sono seguite evacuazioni liquide.

Nella penultima osservazione abbiamo avuto un esempio notabile del ritorno di tutte le chiazze dell' intestino verso lo stato normale ; qui non ne vediamo che una parte, già essendo esulcerate le più vicine al cieco e non conservando neppure più vestigia di chiazze in forma di favo, benchè il soggetto non ancor fosse arrivato che al diciassettesimo giorno della malattia ; ma essendo queste ulcere picciolissime hanno probabilmente avuto bisogno di minor tempo per sbarazzarsi dagli avanzi, di quello che bisogni alle larghe chiazze che abbiamo osservate in altri soggetti.

Le emorragie abbondantissime che ha sofferto questo malato e che hanno dovuto accelerare la sua morte, non hanno potuto essere attribuite all' infiltramento sanguigno che abbiamo veduto in altro soggetto (osservazione X.) Medesimamente non si è potuta verificare l' esistenza di ulcere in una branca arteriosa che potesse dare tutta quella gran copia di sangue che dal malato venne espulsa.

COLORITO DI LAVAGNA DELLE CHIAZZE E DEI FOLLICOLI ISOLATI.

La sola varietà che noi abbiamo qualche volta incontrata nelle chiazze durante la loro risoluzione, si è un colore turchino carico o di lavagna, o pure anche nero, esattamente limitato all' estensione che occupano le chiazze di Peyer nello stato sano o ad una macchia di una alle tre linee di diametro sul punto in cui si travano i follicoli isolati.

Siccome nel picciol numero di casi in cui noi abbiamo osservato questo anormale colorito, la morte non è sopravvenuta che ad un' epoca lontana dal principio della malattia, e siccome le medesime chiazze o le chiazze vicine presentavano il carattere che da noi si è assegnato come tale che denoti la risoluzione delle chiazze in forma di favo, crediamo che sì fatto colorito si colleghi alla loro risoluzione ; ma poichè non osservasi in tutti i casi, esiste dunque una speciale cagione che lo produce in alcuni. Quale è questa cagione ? Ci sarebbe impossibile determinarla ; forse si troverebbe nella durata della malattia, nella forma che ella ha avuto o nella sua intensità ; ma fino a qui i fatti che per noi sonosi cumulati non sono in assai numero per voler tentare la spiegazione.

In alcuni casi la chiazza non ha il medesimo colorito in tutta la sua estensione. Accade alcuna volta che sopra un fondo generalmente turchino, che è il colore di tutta la chiazza, si vedano un certo numero di macchie di color turchino molto più carico, od anche del tutto nero. Egli è probabile, sopra questo punto, o che l' alterazione sia stata più notabile, o che abbia durato più a lungo.

L' epoca in cui cotesto colorito viene ad essere prodotto ci è occulta al pari della sua cagione ; medesimamente ignoriamo per quanto tempo duri, se sparisca dopo la guarigione completa o se duri molto al di là. Abbiamo più volte, in soggetti che erano morti di malattie differenti, trovate le glandule di Peyer con questo colore di lavagna che faceva forte contrasto con quello del resto della mucosa intestinale. Dobbiamo noi riputarlo come conseguenza di una febbre tifoide di cui gli antecedenti dei malati non ci avevano fatto nascere sospetto? Questo è quanto non è punto dimostrato dai fatti poco concludenti che abbiamo avuta occasione di osservare.

I follicoli isolati hanno il colorito di lavagna più di rado dei follicoli confluenti; contuttociò questi fenomeni alcuna volta vi si osservano; quindi noi abbiamo trovato nel soggetto della osservazione IX, il quale è morto dopo trentadue giorni di malattia, tutto il grosso intestino sparso di macchie nere aventi qualche linea di larghezza ed in più delle quali osservavasi l' orifizio di un follicolo verso il loro centro.

Egli è importante distinguere questo colorito dei follicoli che abbiamo osservato più soventemente di seguito all' affezione tifoide che ad alcuna altra ma-

lattia, da uno stato col quale egli ha qualche somiglianza e probabilmente è stato soventi volte confuso, ma che si presenta in circostanze differenti. In un gran numero di persone di qualunque età e di cui la maggior parte nulla ha sofferto di simile alla febbre tifoide, trovasi ciascuno dei follicoli confluenti o isolati notabile per un piccolo cerchio nero che ordinariamente circonda il loro orifizio e dà alle larghe chiazze un aspetto particolare per cui sono state paragonate al colore che ha la pelle del mento quando è stata di fresco rasa la barba in coloro che l'hanno nera. Dopo aver paragonato un gran numero di fatti in cui abbiamo trovato questo colore, siamo d'opinione che non sia il risultamento di una malattia specialmente della febbre tifoide, ma il normale dei follicoli in questi soggetti.

OSSERVAZIONE XVI.

Dimora recente in Parigi. Cefololgio, febbre, prostrazione, stupore, stato adinamico. Morte nel trentesimo secondo giorno. Ulcere e materia polposa nell'esofago; chiozze ellittiche poco protuberanti, di colore di lavagna; esulcerozione dei follicoli isolati in tutta la lunghezzo dei grossi intestini; infiltro mento songuigno dello mucosa intestinale.

Medard, nel ventesimo anno dell'età, bottaio, mai è atato malato; egli venne a Parigi, cinque mesi addietro, ma non potendo trovar lavori del suo mestiero, fu obbligato a lavorare come fabbricatore di terrazzi. Egli cibavasi malamente e dormiva in una camera dove erano una ventina circa di operai, ed aveva per compagno di letto un individuo che ammalò dieci giorni prima di lui, ed è in questo momento nella medesima sala, affetto di febbre tifoide grave. Egli atesso venne preso, nel primo giorno di gennaio 1831, da brividi con cefalalgia, dolore ai reni e febbre fortissima. Nel termine di due o tre giorni gli sopravvenne diarrea frequente, sette o otto evacuazioni, senza coliche, senza pondi, ed una tosse che dipoi ha continuato. Contuttociò, egli ha seguitato a lavorare fino agli otto del mese, ma allora è stato obbligato a restare in letto senza che fussegli apprestato alcun rimedio. Ai 10 gennaio, entra nella sala s. Maddalena n.° 34, nel decimo giorno della malattia.

Agli 11, prostrazione notabilissima, senza stupore; intelletto inalterato; calore forte della pelle; frequenza di polso; lingua bianca e rossa nei margini, screpolata, tendente alla secchezza; addome un poco meteorizzato, dolente comprimendolo nella regione cecale, senza macchie lenticolari rosee; due o tre evacuazioni alvine nel corso delle ventiquattr' ore; rantolo sibiloso in ambedue i lati del petto. (*Solasso di ott'once; acqua di riso, siroppo di ribes.*)

Nei giorni seguenti la prostrazione aumenta e vi si aggiunge lo stupore; la diarrea continua; i denti e le labbra divengono fuligginosi; la lingua resta coperta di brani di false membrane simili a cacio e che facilmente si staccano; i fenomeni adinamici restano i medesimi; il polso scende alle 72 pulsazioni, poi si innalza verso l' ottantesimaquarta, sotto l'influenza di alcuni tonici il cui uso fu tosto smesso, ed il malato morì nel trentesimo secondo giorno della malattia, essendosi sempre vedute apparenze di brani di false membrane sulla lingua, e non essendosi osservate macchie rosee lenticolari, nè delirio acuto.

Apertura del cadavere fatta trentasei ore dopo la morte.

Abito generale. Flaccidità delle membra; magrezza poco avanzata; epidermide nerastra sull'addome.

Cranio. Seni della dura madre ripieni di liquido sangue; stato normale delle meningi; sostanza bianca fortemente macchiata, senza rammollimento, nè induramento; un cucchiaio da caffè di sierosità in ciascun ventricolo laterale; due cucchiai grandi alla base del cervello.

Petto. Nella metà superiore del polmone destro osservasi un eofisema interlobulare distintissimo; il sinistro, nella parte posteriore del suo lobo inferiore, è in istato di epatizzazione rossa, tendente al grigio; il cuore, del volume ordinario, contiene sangue liquido, e grumi neri mezzo liquidi.

Addome. La faringe e l' esofago sono coperti di un grosso strato di muco, in parte disseccato, l'esofago all' altezza della laringe, contiene una massa molle, polposa, che presenta un miscuglio di gri-

gio e di bianco, di mollezza uniforme, senza alcuna apparenza membranesa, ed aderente su più punti, per la lunghezza di cinque o sei pollici; la mucosa, colla quale ell'è in contatto, presenta gran numero di esulcerazioni dalla faringe fine al cardia; le quali esulcerazioni larghe tre o quattro linee, sono disposte nel senso della lunghezza dell'esofago e sono lunghe tra le quattro e le otto linee, cominciando in alto e terminande in basso con un angolo acutissime; desse hanno pochissima profondità, ed anzi talune fanno un lieve rialzo al disopra della superficie della mucosa; la materia poltacea che trovasi in contatto col lore fondo ne viene facilmente staccata coll'acqua e lieve sfregamento. Nello stemaco si osservano alcune pieghe; esso contiene una certa quantità di liquido; la mucosa è un poco ingrossata in tutta quasi la sua estensione e lievemente rosea; nulla di anormale incontrasi nel duodeno e nel digiuno. La prima metà dell'ileo contiene un liquido denso, sanguinelente, assai abbondante; in sì fatto spazio la mucesa è di color rosso vivace, lucido e infiltrata, con lievissimo grado di rammollimento. A traverso al colorito rosso, si distinguono alcune glandule di Peyer che sembrano allo stato normale; questo rossore cessa alla distanza di tre piedi circa dalla valvula ileo-cecale, ed allera la mucosa prende un colore bianco lievemente roseo, e che nen è interrotto che per le numerose chiazze di Peyer, le quali tutte hanno un fondo di color nero lavagna, distanti le une dalle altre tre o quattro pollici, tutte ellittiche. Attorno non si vedono nè piccole chiazze, nè follicoli isolati; desse non fanno protuberanza all'interno; la mucosa che le copre è intatta, ma fortemente increspata, non rammollita; in nessuna si scorge il più picciolo punto esulcerato; solo sulle ultime ella nen è liscia, ma diseguale e come setosa o granulata. Il colorito nero si estende al tessuto sottomuceso che ha pochissima spessezza. Nel cieco non è alcuna alterazione; nel colon ascendente s'incontrano alcune esulcerazioni di forme diverse, senza orli protuberanti; parecchie conservano tuttora vestigia della loro origine follicolosa, e mancano del tutto verso l'*S* iliaco. Nei quattro ultimi pollici della lunghezza del retto, rossore vivace della membrana mucosa, nella quale spesseggiano picciole ulcere rotonde, come fatte da uno stampo, larghe due linee circa e che non seno discoste più di una o due linee; attentamente guardando si scergeno dei follicoli assai protuberanti, ma punto esulcerati; poscia altri la cui apertura è aperta, e così a tutti i gradi fino alla completa esulcerazione.

La milza ha per lo meno il doppio volume dell'ordinario e contiene molto sangue; le glandule mesenteriche sono grosse, rammollite e suppurate.

Nulla di anormale incontrasi nel fegato; i reni hanno appena il terzo del loro solite volume; nell'interno lero non trevasi alcuna alterazione.

Le lesioni anatomiche che questa osservazione ci presenta sono interessantissime e richiedono alcune particolari riflessioni; ma avanti, faremo avvertire, tra i fenomeni osservati durante la vita, due importanti circostanze, cioè: i rapporti che hanno esistito tra il soggetto ed il suo compagno di letto attaccato avanti di lui dalla malattia; e l'effetto della medicatura tonica. Nei ci contentiamo di accennare questi due fatti, riserbandoci a discorrerne di nuovo e distesamente quando si parlerà dell'etiologia e della cura.

La materia polposa che riempiva in parte l'esofago, e che trattanto nen aveva intieramente interrotto il passaggio delle bevande, era probabilmente la continuazione delle false membrane che, durante gli ultimi giorni della malattia; si erano formate sulla lingua e nella faringe e si erano distese fino nell'esofago; forse anche una parte di sì fatta massa eravi stata spinta per forza dalla deglutizione; imperocchè tale era la sua diseguaglianza in differenti punti che sarebbe difficile concepire essere ella stata il prodotto di un solo strato.

Noi troviamo qui un esempio notabile dell'ordine che i follicoli delle differenti porzioni dell'intestino seguitano alcuna volta nel loro successivo alterarsi; onde nel termine di trentadue giorni tutti quelli dell'intestino gracile erano già quasi del tutto ternati allo stato sano; nel colon, l'alterazione era meno avanzata, e finalmente nel retto dove lo era meno ancora, si trovavano i follicoli esulcerati

meseolati a quelli che non crano che ingorgati.

Io questo caso, l'alterazione dei grossi intestini ha tenuto un andamento opposto a quello che osservasi nell' intestino gracile. In quest'ultimo, in effetto, i primi follicoli malati sempre si osservano nella parte inferiore, e quelli che occupano la parte superiore non vengono ad alterarsi che successivamente e sempre dal basso in alto. Qui l'alterazione dei follicoli del grosso intestino ha cominciato da quelli che sono situati nella porzione superiore, il cieco, poscia, continuando dall'alto in basso, il colon e finalmente il retto. Per quanto sì fatto andamento sia, per questa parte, differente, ciononostante vi si osserva sempre questo di notabile, che l'alterazione comincia sempre dai follicoli i più vicini alla valvula, tanto al disopra quanto al disotto della medesima, ed in seguito si diffonde ai follicoli seguenti, tanto dall'alto in basso, quanto dal basso in alto, secondo che estendesi ai grossi intestini o agl'intestini gracili.

Finalmente, faremo notare la presenza di una certa quantità di sangue fluido nella prima metà dell'ileo, e l'infiltramento sanguigno della mucosa in questa porzione dell'intestino. Un'alterazione analoga l'abbiamo già osservata nei soggetti delle osservazioni VII e X, colla differenza però che nel fatto ora raccontato non si sono osservate evacuazioni alvine sanguinolenti.

SEZIONE VI.

LESIONE LIMITATA O AI FOLLICOLI ISOLATI O AI FOLLICOLI CONFLUENTI.

Le alterazioni che fino ad ora siamo andati discorrendo occupavano al tempo medesimo i follicoli isolati e le glandule di Peyer; ora prendiamo ad esaminare le stesse alterazioni limitate o ai follicoli isolati o ai confluenti. I casi di questo genere sono rari in maniera che abbiamo stimato ben fatto discorrere a parte quelli che sono stati osservati nella clinica. Di più siamo di parere che nessun esempio veramente autentico, in cui questa alterazione fosse limitata ai follicoli isolati soltanto, sia già stato riportato dagli autori moderni che sonosi specialmente occupati di questo studio. È vero che se stessimo alle tavole che in alcune moderne edizioni si trovano alla fine dell'opera di Roderer e di Wagler (1), dovremmo credere che la malattia che eglino hanno descritta, ed i cui sintomi avevano, nei gravi casi, una perfetta somiglianza con quelli della febbre tifoide, si osserva costantemente questa varietà d'alterazione nella quale i follicoli isolati sono malati soli; ma esaminando coteste tavole diligentemente e paragonandole col testo dell'autore, nasce sospetto che il disegno non sia stato fatto al naturale e che sia stato composto più tardi sopra intestini appartenenti ad individui morti di malattie differenti, o piuttosto su i ricordi di Roederer e Wagler, i quali pure avrebbero affatto trascurato il vero carattere anatomico della malattia di cui scrissero l'istoria.

Nel piccol numero di aperture di cadaveri che riportano, vi si parla bensì di follicoli, ma non di quelli che noi già abbiamo veduti tante volte alterati nelle precedenti osservazioni. Eglino osano di questo vocabolo per accennare le cripte che s' incontrano grossissime in taluni soggetti nella porzione pilorica dello stomaco e nel duodeno, ed il cui anormale ingrossamento non si collega coll'affezione tifoide; neppure si parla che una sola volta, nella loro opera, della lesione dei follicoli che da noi si è studiata; altre volte ell' è ricordata vagamente, ma eglino non l' hanno descritta in alcuna delle tredici autopsie che riportano alla fine dell'opera medesima; del resto coteste autopsie essendo tutte state fatte nell' anfiteatro anatomico in soggetti nei quali detti autori non avevano tenuto dietro ad osservare la malattia, non sono che di mediocre interesse; è anche probabile che parecchie siano state fatte su cadaveri di soggetti morti per affezioni affatto diverse dalla febbre mucosa.

Noi prendiamo a riportare successivamente due esempi di febbre tifoide in cui i follicoli isolati soli erano affetti e presentavano, in uno, il primo grado della loro alterazione o l' ingorgamento,

(1) *Roederi et Wagleri tractatus de morbo mucoso.* *Chomel*

nell' altro un principio di esulcerazione; nel terzo poi troveremo un esempio dell' ingorgamento limitato soltanto ai follicoli confluenti.

INGORGAMENTO DEI SOLI FOLLICOLI ISOLATI.

OSSERVAZIONE XVII. (1)

Dimora recente in Parigi. Cefalalgia, febbre, diarrea, stupore, convulsioni generali. Morte nel tredicesimo giorno. Ingorgamento dei soli follicoli isolati.

Certo Chiecca, italiano, pittore di fabbriche, di 46 anni di età, fa a piedi la strada da Calais a Parigi, alla fine di ottobre, ed è preso, al suo arrivo, da cefalalgia con febbre fortissima e violento parossismo ogni sera; diarrea non molto frequente e dolore assai forte, particolarmente comprimendo, sopra quasi tutto l' addome. Viene collocato nella sala s. Maddalena, n.° 22, ai 9 di novembre.

Nel quinto giorno della malattia, prostrazione gravissima, forte cefalalgia, dolore per tutto l'addome; una o due evacuazioni liquide nel corso delle ventiquattr' ore; del resto, incontrasi molta difficoltà a ricavare dal malato, che non parla il francese, esatti schiarimenti intorno al suo stato. Il polso è frequente e debole; in ambedue i lati del petto si sente il rantolo sibiloso, tosse assai frequente; l' infermo resta in questo stato fino al nono giorno, solo colla differenza che alla prostrazione succeda lo stupore, e molto a stento si può da lui ricavare qualche parola.

Nel decimo giorno, non risponda più, non mostra più la lingua allorchè se li dice di farla vedere; nel corso della notte è stato agitatissimo; di tempo in tempo ha dei sussulti di teodini in ambedue le braccia, e pare sensibilissimo ad ogni più lieve pressione che si faccia sull'addome; la lingua è divenuta secchissima; il polso è picciolo ed ha perduta la sua frequenza.

Undicesimo giorno, l' agitazione, nel corso della notte, è stata anche più forte, i sussulti dei tendini sono continui; le pupille sono mobili, evacuazioni involontarie, ritenzione d' orina.

Dodicesimo giorno, il malato è più tranquillo, risponde anche bene per quanto possa alle domande che gli vengono fatte, il polso è vivace ma picciolissimo. Nel tempo della visita non vi sono sussulti di tendini, ma al mezzogiorno il malato torna a perdere il conoscimento ed è preso da universali convulsioni che durano per mezz' ora, e poscia tornano di nuovo e per due volte fino alle ore quattro; allora cade in assopimento comatoso con respirazione stertorosa, e muore nel termine di tre ore.

Apertura del cadavere fatta trentott'ore dopo la morte.

Cranio. Lieve edema delle meningi; il setto lucido pare un poco meno stabile di quello che soglia essere nello stato ordinario; nulla di anormale incontrasi nel resto del cervello.

Torace. Nei polmoni, indietro, incontrasi un intasamento notabile, ma senza rammollimento. Il cuore, della capacità ordinaria, contiene, a destra, del sangue nero in parte coagulato, a sinistra, nelle sue pareti trovasi un lieve grado di rammollimento.

Addome. Lo stomaco è allo stato sano. Nel duodeno nulla si trova di anormale fuorchè un colore giallo dovuto a picciola quantità di bile che contiene, come anche il digiuno le cui villosità sono tinte nella loro estremità libera di giallo vivace. L'ileo, per tutto quanto è lungo, fino alla distanza di un piede circa dalla valvula ileo-cecale, nulla presenta di anormale. Non vi si trovano tracce di follicoli intestinali confluenti, ma nell'ultimo piede della sua lunghezza è ricoperto di piccioli tumori che fanno un rialzo di una o due linee, aventi, quando s'incidono, una superficie biancastra e solida. Dessi sono discosti gli uni dagli altri di tre o quattro linee soltanto; nessuno è esulcerato, la mucosa che li separa ha la sua durezza e la sua resistenza ordinaria. I grossi intestini paiono in istato sano. Il mesenterio contiene, nell' ultimo pieda di sua lunghezza, presso la valvula ileo-cecale, una mezza dozzina di glandule

(1) *Raccolta nelle sale del professore Recamier.*

grosse come grossi fagiuoli, rosse ma non rammollite.

La milza, che ha presso a poco due volte il suo ordinario volume, è completamente rammollita, e pare che non sia piena che di sangue fluido. Nel fegato e negli altri organi nessuna cosa trovasi d'anormale.

L'esposizione di questi fenomeni osservati durante la vita del malato, non deve lasciar dubbio alcuno intorno alla natura dell'affezione. Il cominciare della malattia in un soggetto di recente arrivato a Parigi, dopo grave fatica, colla cefalalgia, febbre intensa, diarrea, dolore addominale, appresso prostrazione e stupore, poi le evacuazioni involontarie, i sussulti dei tendini, il delirio e finalmente le generali convulsioni che precedono quasi immediatamente la morte, ci offrono i più gravi ed i più caratteristici sintomi della febbre tifoide. Ma la lesione dei follicoli appartiene ella, in questo caso alla medesima malattia? ell'era sotto un certo rapporto sì differente da quella che si osserva nel maggior numero dei casi, che saremmo stati in dubbio a collocarla qui tra le lesioni costanti, se i seguenti motivi non ci fossero paruti sufficienti a rimuovere ogni dubbiezza: 1.° la rassomiglianza quasi perfetta tra il corso e i sintomi di questa affezione e quelli della febbre tifoide; 2.° l'analogia che esisteva, sotto tutti gli altri rapporti, tra questa alterazione e quella che incontrasi nei follicoli isolati, in quei casi nei quali sono accompagnati dalla lesione delle glandule di Peyer; 3.° l'analogia delle altre lesioni con quelle che soventemente s'incontrano nella febbre tifoide e soprattutto l'ingorgamento delle glandule mesenteriche che è talmente collegata all'alterazione dei follicoli che la sola esistenza di cotesto ingorgamento avrebbe bastato a dileguare tutti i nostri dubbi.

Il simultaneo rammollimento di più organi, nel soggetto di questa osservazione, è esso pure un fatto interessante; poche altre malattie, fuori dell'affezione tifoide, vi sono nelle quali si osservi un rammollimentu così notabile ed in tanti organi insieme.

INGORGAMENTO ED ESULCERAZIONE DEI SOLI FOLLICOLI ISOLATI.

OSSERVAZIONE XVIII. (1)

Dimora recente in Parigi. Cefalalgia, diarrea, prostrazione, stupore. Morte nel diciottesimo giorno. Follicoli isolati ingorgati, alcuni esulcerati alla fine dell'intestino tenue.

Cailleux, nel ventisettesimo anno dell'età, servitore, dimorante in Parigi da un anno in poi, stava da poco tempo in una casa dove non aveva che cattivissimo vitto e l'acqua per bevanda, quando verso i 12 di settembre viene preso tutt'ad un tratto, senza altra apprezzevole cagione, da febbre con forte cefalalgia. Al terzo giorno vi si aggiunge fortissima diarrea, senza coliche, senza pondi, senza dolori addominali; il quale stato continua malgrado due salassi e due applicazioni di mignatte all'ano, essendone state attaccate una volta trenta e quindici l'altra. La cefalalgia sparisce, ma le succede ostinata vigilia che poscia non ha fatto tregua per un solo momento. Essendo considerabilmente aumentata la debolezza, il malato entra nell'Hotel-Dieu ai 26 settembre, e viene posto nella sala s. Maddalena, n.° 2.

Diciassettesimo giorno della malattia. Faccia molto abbattuta, notabile prostrazione, parola lenta e debole, occhi appannati, e lievemente coloriti di giallo, pelle calda e secca, polso poco frequente, 80 pulsazioni, poco resistente; la lingua è aridissima, liscia e coperta in ciascun lato di una striscia d'intonaco color giallo vivace, rossa nel mezzo; le evacuazioni alvine, quantunque liquide, sono assai rare, e da iersera in poi il malato non è andato del corpo; se si comprima il ventre non si desta dolore ed evvi lieve grado di meteorismo. La respirazione è debole, rantolo sibiloso in ambedue i lati. (*Bagno, salasso di due once, acqua d'altea.*)

Diciottesimo giorno. Il sangue del salasso è solido, senza cotenna, non vi sono egestioni, l'infermo si sente un poco

(1) *Raccolta nelle sale del professore Recamier.*

meglio dopo il bagno, la pelle è tornata ad essere un poco umida, egli dice di aver dormito nel corso della notte, ma l'infermiere racconta che ha sognato quasi continuamente, pare anche più debole d'ieri al momento della visita, e muore nella metà della giornata senza aver nulla sofferto di nuovo.

Apertura del cadavere fatta quarantatre ore dopo la morte.

Cranio. Il cervello pare compresso nella scatola ossea, le circonvoluzioni sono schiacciate. Al momento in cui s'incide la dura madre e l'aracnoide scola una picciola quantità di siero misto a sangue. La pia madre è fortemente iniettata, ed in alcuni punti vedesi eziandio un lieve stravasamento di sangue, particolarmente verso i lati degli emisferi ed alla base dei lobi anteriori, questa membrana non è aderente alla sostanza grigia la quale stessa pare che sia un poco iniettata. Nel resto nulla scorgesi di anormale.

Torace. I polmoni sono leggerissimi ed appena vi si incontra un poco di intasamento posteriormente, le vene sono ingorgate di nerissimo sangue che scola pel taglio, il cuore è mediocremente ripieno di nero sangue.

Addome. Le vene dello stomaco sembrano dilatate massimamente verso il gran fondo cieco dove se ne scorgono di grossissime. La membrana mucosa che seguita il loro corso è colorita di rosso; tutta quella che tappezza il gran fondo cieco è notabilmente rammollita. Nel duodeno e nel digiuno nulla si trova di anormale. La metà inferiore dell' ileo ha un colorito rosso uniforme. Trovasi negli ultimi due piedi un numero poco considerabile (una trentina circa) di follicoli isolati i quali fanno un rialzo di una o due linee sopra una base presso a poco della medesima estensione; tutti, nell' interno loro, contengono un picciol cono di materia color bianco giallastro, solida, la quale contrasta assai fortemente col colore delle parti circostanti; essi sono tanto più grossi quanto più si osservano vicino al cieco. Tre soli di cotesti follicoli sono esulcerati, nè vi si scorge più vestigio di detta materia; i margini delle esulcerazioni sono assai elevati; la mucosa che li copre è rossa e resistentissima; il tessuto sottomucoso pare ingrossato e più resistente che nel normale stato. I grossi intestini sono sani; le glandule mesenteriche che corrispondono agli ultimi sei pollici della lunghezza dell' ileo sono rosse, grossissime e rammollite.

Il fegato, di color rosso uniforme, è un poco rammollito; la milza, un poco più voluminosa che nello stato naturale, è essa pure rammollita.

Questa osservazione ci offre la stessa lesione anatomica della precedente, ma soltanto ad un grado più inoltrato e di seguito a fenomeni che più si accostano all' affezione tifoide che alcuna altra malattia.

Tra le altre lesioni osservate in questo soggetto, noi notiamo soprattutto l' iniezione della pia madre ed il suo infiltramento che pare aver contribuito a schiacciare le circonvoluzioni ed a produrre la compressione che il cervello aveva sofferto; esaminando i sintomi osservati durante la vita ed anche negli ultimi momenti, nessuno ne troviamo che corrisponda alle alterazioni incontrate nell'encefalo e nelle meningi; se si fosse mostrato questo cervello a qualcuno che non avesse visto il malato durante la vita, certamente avrebbe detto che quest' individuo doveva aver sofferto, negli ultimi suoi istanti, una violenta eccitazione o fenomeni di forma apoplettica, mentre la sola mutazione che sopravvenisse nello stato delle funzioni cerebrali, nello spazio delle ultime ventiquattr' ore, fu una diminuzione del pervigilio ed un sonno turbato da continui sogni.

Questi due fatti mettono, secondo noi, fuori di dubbio l' esistenza dell'alterazione limitata ai follicoli isolati soltanto. Ora andiamo a riportare un caso nel quale i soli follicoli confluenti erano alterati.

INGORGAMENTO DEI SOLI FOLLICOLI CONFLUENTI.

OSSERVAZIONE XIX.

Cefalalgia; perdita del conoscimento, movimenti convulsi. Morte verso l'undicesimo giorno. Numerose glandule di Peyer ingorgate, una sola esulcerata.

N... all' età dei ventiquattr' anni, operaia, è condotta priva di conoscimento,

nell'Hotel-Dieu, ai 17 ottobre, e posta a letto nella sala s. Maddalena, da persone che, per tutto schiarimento, dicono che da quattro giorni in poi pativa forte male di testa; inseguito le stesse persone, che sono ritornate, hanno informato gli inservienti addetti alla sala incaricati di interrogarle, che questa donna, soffrendo di lieve incomodo, aveva presa la medicina di Leroy, e che fu tre giorni dopo che venne condotta all'Hotel-Dieu. All'indomani della sua entrata era nel seguente stato.

Il 18 ottobre. Faccia fortemente congesta, decubito sul dorso, immobilità completa, occhi aperti, sguardo fisso, insensibilità generale, immobilità delle pupille, dessa pare estrania a tutto ciò che ha d'intorno, il polso poco sviluppato, è quasi senza frequenza, il calore della pelle poco elevato e secco; la malata respira a bocca aperta, la lingua è secca e coperta nei lati, al pari dei denti, di un intonaco nerastro, l'addome è alquanto meteorizzato, da che è nell'ospedale non ha avuta alcuna evacuazione. (*Sei mignatte dietro ciascun orecchio, due vescicanti alle cosce, lavativo.*)

Ai 19 ottobre. La malata resta senza conoscimento, contuttociò, pizzicottandola fortemente, fa un leggiero movimento; la faccia è scolorita, gli occhi restano fissi, le pupille immobili; ella ha molto gridato per tutta la notte ed al momento della visita fa un movimento singolare che ripete a ciascuno istante; al tempo stesso appoggiasi sulle spalle e sulla testa da una parte, sul tallone o sul bacino dall'altra, innalzando il tronco per lo sforzo dei muscoli del dorso, per modo da farli fare una maniera d'arco e subito che è stato fatto convesso a segno che parrebbe non poter la convessità essere accresciuta, tutti i muscoli si rilassano, la malata cade in piano sul letto e ricomincia i medesimi movimenti che eseguisce per una mezz'ora di seguito e quasi con tanta regolarità con quanta li eseguisce un bilanciaio. Già per due volte aveva nella mattina sofferto gli stessi accidenti. Lo strato fuligginoso che ricopre i denti, la lingua e le labbra è di color nero lucido; non sono avvenute evacuazioni alvine; la malata non può ingoiare, i liquidi che le vengono versati in bocca sono immediatamente rigettati, ma senza minaccia di soffocazione. (*Affusione d'acqua fredda sulla testa, vescicante alla nuca, senopismi.*)

Subito dopo l'affusione, l'ammalata riacquista il conoscimento per lo spazio di due ore, dopo le quali ricade nello stato d'immobilità e d'insensibilità quasi complete; nel tempo della visita della sera le estremità erano fredde.

Nei giorni 20 e 21, resta nel medesimo stato, con qualche variazione poco importante.

Ai 22, ella riacquista un poco il conoscimento; ella dice di non sentir male nè alla testa, nè all'addome, ma lagnasi di fiero dolore di gola; beve con molta difficoltà, il polso è debole e senza frequenza. Poco tempo dopo la visita cade in istato comatoso che continua fino alla morte, l'indomani.

Apertura del cadavere.

Cranio. Nelle meningi si osserva un poco d'iniezione, senza infiltramento nè altra apprezzevole alterazione; la sostanza cerebrale è soda, forse anche un poco più che nel normale suo stato.

Torace. I polmoni sono da per tutto liberi e crepitanti; non vi si riscontra che un poco d'intasamento con rammollimento in dietro ed in basso. Il cuore è ripieno, a destra, di coaguli neri, senza traccia di fibrina; le sue pareti hanno la grossezza e la resistenza normali.

Addome. Lo stomaco è pieno di un liquido nero, inodoroso, ed il cui colore sembra essere dovuto alla presenza di una certa quantità di sangue. Nella mucosa non osservasi nè rammollimento, nè ingrossamento straordinari; pare che il duodeno ed il digiuno siano nel normale stato. Lungo l'intestino gracile si può contare una ventina di chiazze in forma di favo, protuberanti una o due linee e che occupano tutta la faccia dell'intestino opposta alla sua attaccatura al mesenterio; la più piccola non ha meno di otto o dieci linee di diametro; esse sono tutte intatte ad eccezione di quella che è più vicina al cieco; ella ha per certo diciotto linee di lunghezza a cinque o sei linee di larghezza ed è coperta di una larga escara o meglio di un frammento di chiazza in forma di favo, quasi completamente staccato nei lati e che non sta unito che pel solo fondo. La maggior parte di queste chiazze sono rosse e la mucosa che le se-

para è assai fortemente infettata quasi da per tutto. Negli ultimi diciotto pollici della lunghezza dell'ileo, ella ha un colore rosso vivace, vi si osserva un ingrossamento notabile dovuto all'infiltramento, in questa medesima membrana, di un liquido rosso che si fa uscire mediante una discreta compressione, e che le dà un aspetto tutto particolare di questa maniera d'infiltramento. Nessuna traccia di follicoli isolati trovasi nelle vicinanze della valvula, nella quale stessa non incontrasi alterazione alcuna. Pare che la mucosa dei grossi intestini sia ingorgata; essi contengono una quantità assai grande di materia soda e figurata. Le glandule mesenteriche sono più voluminose che nel naturale stato, rosse ed un poco rammollite. La milza ha una volta e mezzo circa il suo ordinario volume, ell'è flaccida e ne scola poco sangue, tutti gli altri organi paiono nello stato sano.

La forma che in questo caso ha presentato la febbre tifoide è notabilissima, e ne doveva rendere difficilissima la diagnosi. I più gravi sintomi procedevano dall'alterazione delle funzioni cerebrali; pareva che a quella si dovesse rivolgere tutta l'attenzione, ed aperto poi il cadavere che abbiamo trovato? Nulla di valutabile per la parte del cervello. Questo fatto, per cotesto rapporto, confrontato col precedente, offre molto interesse.

La mancanza della diarrea, al meno per quel tempo che l'inferma stette nell'Hotel Dieu, e l'impossibilità di ricavare da lei alcuno schiarimento sugli antecedenti e sulle sensazioni attuali, pareva che non avessero a rivolgere l'attenzione all'addome; contuttociò, per una parte la mancanza dei fenomeni cerebrali locali, dall'altra il meteorismo, l'intensità dei generali accidenti, le fuliggînosità, e la mancanza di qualunque apprezzevole lesione, durante la vita, alla quale si potessero riferire tutti questi gravi fenomeni, facevano sospettare dell'alterazione dei follicoli.

La mancanza della diarrea nel tempo che la malata fu nell'Hotel-Dieu è anch'essa un fatto assai notabile; la presenza delle materie solide e figurate nei grossi intestini è medesimamente un motivo per credere che mai siavi stata diarrea per tutto il corso della malattia, e per dubitare che avesse presa la medicina di Leroy, come avevano detto le persone che la condussero all'Hotel-Dieu.

SEZIONE VII.

LESIONE DELLE GLANDULE MESENTERICHE.

Nell'alterazione delle glandule mesenteriche si notano, conforme è stato da noi detto nelle riportate osservazioni, numerose varietà, talora non vi si osserva che un aumento di volume, senza altro notabile cambiamento, talora vi si aggiunge più o meno considerabile rammollimento, in alcuni soggetti abbiamo vedute vestigia di pus nel sangue sanioso che esse contenevano, finalmente, in altri, benchè ne fosse aumentato il volume, queste glandule avevano presa una durezza superiore a quella che hanno nello stato ordinario. Sì fatte alterazioni differenti dipendono, al pari di quelle dei follicoli, dall'epoca in cui il malato muore, onde nei casi in cui la malattia è più recente si trovano grossissime, molto rosse o soltanto rosee internamente e colla medesima gradazione all'esterno; alcuna volta fino nei primi giorni sono un poco rammollite e vi si vedono alcune vestigia di un miscuglio di pus che dà al loro colorito interno una gradazione grigiastra. A misura che si osservano ad una più lontana epoca, trovasi questa gradazione grigiastra dell'interno più distinta e che arriva poco a poco al bianco o al giallo sucido; al tempo stesso la materia diviene di più in più fluida, peraltro mai l'abbiamo trovata fluida come negli ascessi. In un caso abbiamo veduto uscire dalle glandule mesenteriche, in forza della compressione, un fluido denso, appiccicaticcio, simile alle mucosità sommioistrate dalla membrana pituitaria.

Ad un'epoca ancor più avanzata e che corrisponde a quella in cui i follicoli, allorchè non sono stati esulcerati, ritornano allo stato sano, o pure a quella in cui le ulcere cominciano a cicatrizzare, si trovano le glandule mesenteriche meno tumefatte, spesse volte meno rammollite e così osservandole fino ad un'epoca lontanissima dal principio della malattia, all'epoca, per esempio, in cui i follicoli sono per ritornare allo stato di sanità o le ulcere completamente cicatrizzate, si trovano considerabilmente

diminuite, quasi ritornate dal volume normale, ma rosse o violette, od anche nere all'esterno ed all'interno, senza rammollimento ed al contrario molto sode. L'osservazione XI. ci porge un esemplo notabile di quest'ultimo stato che deve essere considerato come un ritorno verso lo stato normale.

Nella tavola qui appresso si troverà il numero comparativo di questi diversi stati delle glandule mesenteriche nell'affezione tifoide.

Glandule mesenteriche voluminose, con principio di rammollimento e di suppurazione, dal 7.° al 25.° giorno in. 14

Idem molto rammollite dal 16.° al 36.° giorno. 12

Idem piena di un liquido simile al muco, il 12.° giorno. 1

Idem rosse voluminose e dure oltrepassato il 19.° giorno 10

Idem. poco voluminose, turchine, violette o nere e dure oltrepassato il 17.° giorno. 3

Totale 40

Noi adunque osserviamo nel progressivo andamento dell'alterazione delle glandule mesenteriche la medesima serie di fenomeni che in quello dei follicoli, cioè: accrescimento considerabile di volume e rammollimento che vanno aumentando; poscia, se la malattia prende una piega favorevole, diminuzione grado a grado fino al ritorno allo stato sano. La sola differenza che qui troviamo tra le lesioni di questi diversi organi, si è che le glandule mesenteriche mai si esulcerano; noi almeno non abbiamo cognizione che in nessun caso siano state trovate perforate o esulcerate malgrado il volume considerabile che qualche volta acquistano. Louis racconta di aver trovato, in un soggetto morto al quarantanovesimo giorno della malattia, una glandula mesenterica, vicina al cieco, intieramente convertita in pus e le cui pareti erano sì sottili, che sarebbesi inevitabilmente aperta nella cavità dell'addome se la morte fosse seguita qualche giorno più tardi.

In generale, le glandule mesenteriche che sono più vicine al cieco sono quelle sulle quali l'alterazione è maggiore e più forte. La ragione di questa circostanza trovasi nella maggior frequenza dell'alterazione dei follicoli di questa parte, alterazione la quale è anche ordinariamente più avanzata che altrove, di maniera che si può dire che l'alterazione delle glandule mesenteriche è sempre proporzionata a quella dei follicoli corrispondenti. Noi non abbiamo osservato nei fatti raccolti all'Hotel-Dieu, che vi fosse una differenza costante in quanto allo sviluppamento ed al rammollimento tra le glandule che corrispondono alle chiazze a foggia di favo intatte, e quelle che si trovano dirimpetto a chiazze esulcerate. Onde, nel soggetto della prima osservazione, in cui nessuna delle chiazze era ancora esulcerata, nelle glandule già si scorgevano tracce di suppurazione che era facile riconoscere alla gradazione grigiastra del colorito che internamente avevano. In quello della seconda osservazione, nel quale erano cinque o sei esulcerazioni di già avanzate, la suppurazione ed il rammollimento non erano più considerabili; in quello della terza, che morì nel dodicesimo giorno, ed in cui una quantità grande di pus bagnava le profonde esulcerazioni che si trovavano alla fine dell'intestino gracile, la suppurazione delle glandule linfatiche era meno avanzata che in quello della quarta, morto al decimo giorno e nel quale l'esulcerazione non era così avanzata. In quello finalmente dell'osservazione decimaquarta, in cui tutti i follicoli dell'ileo erano sul tornare allo stato normale, salvo il colorito di lavagna che avevano e di cui alcuno non era stato esulcerato, abbiamo veduto le glandule mesenteriche rammollite e con tracce non equivoche di suppurazione.

Da tutto ciò che precede noi tireremo dunque questa importante conseguenza, che la suppurazione delle glandule linfatiche del mesenterio non dipende immediatamente da quella dei follicoli, che può esistere avanti che quella dei follicoli siasi sviluppata, e che il pus che esse contengono non in tutti i casi è stato assorbito, siccome si è detto, alla superficie delle esulcerazioni degli intestini.

In quei casi nei quali l'esulcerazione è limitata ad alcune chiazze soltanto, non trovasi parimente che un picciol numero di glandule ingorgate. Onde, nel soggetto della decima osservazione, nel quale

non era che una sola esulcerazione, non gravi che un picciol numero di glandule che fossero aumentate di volume ed una sola era in suppurazione; al contrario, nei casi in cui le chiazze a foggia di favo sono sparse sulla lunghezza della maggior parte dell' intestino ed in cui i follicoli del colon e del retto sono egualmente alterati, tutte le corrispondenti glandule sono per ogni dove ingorgate, ma molto meno nel mesocolon che nel mesenterio. Dalla quale ultima circostanza risulta, che quantunque la suppurazione delle glandule mesenteriche non corrisponda esattamente alla suppurazione dei follicoli, contuttociò l' alterazione delle prime è sempre più avanzata in quei punti nei quali i follicoli sono maggiormente alterati. Tuttavolta, la loro alterazione non è esclusivamente limitata ai punti che corrispondono ai follicoli malati, si trovano in molti casi aumentate di volume ed un poco più rosse che nel normale stato dirimpetto a chiazze sane; ma siccome per lo più i soggetti nei quali si trovano in questo stato dirimpetto a chiazze che vengono riguardate come sane, muoiono ad un'epoca avanzata della malattia e siccome i caratteri anatomici della risoluzione delle chiazze non sono ancora bastevolmente conosciuti, dovrà, in qualcuno dei casi in cui si troveranno le glandule alterate corrispondenti a chiazze sane, restar dubbio intorno a questo punto, cioè: se esse siano state primitivamente alterate e se siano già ritornate allo stato sano, imperocchè la risoluzione delle glandule tumefatte ci pare che si effettui con maggior lentezza che quella delle chiazze a foggia di favo.

SEZIONE VIII.

LESIONE DE' FOLLICOLI IN MALATTIE DIFFERENTI DALL' AFFEZIONE TIFOIDE.

Uno dei più importanti caratteri dell' alterazione dei follicoli di cui siamo andati facendo l'istoria, si è di non occorrere all'osservazione che di seguito alla febbre tifoide. Egli è bensì vero che in alcune altre affezioni s' incontrano delle alterazioni dei follicoli che hanno seco lei qualche rapporto e forse anche sono state alcuna volta prese in iscambio; contuttociò in quegli stessi casi in cui l'andamento ed i fenomeni della malattia non sarebbero stati assai chiari e distinti per rimuovere ogni dubbio intorno a ciò, siamo di parere che l'esame dell'intestino malato basterà costantemente a fare conoscere se la lesione appartenga all'affezione tifoide.

Le sole altre malattie nelle quali si trovino abitualmente alterati i follicoli sono il morbo collera, la scarlattina e la tisichezza. Sonovi ancora alcune affezioni nelle quali li abbiamo trovati in una condizione differente dallo stato normale; ma i casi ne sono rari, mentre trovasi, nelle tre nominate malattie, l'alterazione dei follicoli non così costantemente quanto nella febbre tifoide, ma più frequentemente che in alcun'altra.

Lesione dei follicoli intestinali nei soggetti che sono morti di morbo collera.

È noto che, nell' epidemia del 1832, i primi osservatori che ebbero occasione di aprire dei cadaveri di persone morte di morbo collera, credettero di aver trovato nell'alterazione dei follicoli intestinali e la sede della malattia e la causa della maggior parte dei fenomeni morbosi che la caratterizzano; più tardi, siccome fu osservato che la maggior parte di quei che morirono, non nel corso del primo periodo, ma ad una più lontana epoca, presentavano dei fenomeni adinamici che avevano qualche somiglianza con quelli che si soventemente si osservano nella febbre tifoide, si volle anche trovare in questa alterazione dei follicoli intestinali, da una parte, la spiegazione dei fenomeni adinamici, e dall' altra parte, un motivo per avvicinare alla febbre tifoide od anche al tifo il terzo periodo del morbo collera, con cui per altro egli non ha che un' imperfettissima somiglianza.

Le somiglianze e le connessioni che si stabiliscono tra l' alterazione dei follicoli nel morbo collera e l' affezione tifoide, e tra i fenomeni adinamici che queste due affezioni presentano, erano evidentemente forzate. Noi ci limiteremo qui a parlarne in quanto si aspetta all' alterazione anatomica, e ci riserberemo poi a discorrere altrove, quando ci occuperemo della diagnosi dell' affezione tifoide. La differenza che passa tra i fenomeni adi-

namici che si osservano in questa malattia e quelli che si incontrano nel morbo collera o nella maggior parte delle malattie acute.

Nella maggior parte dei soggetti che muoiono di morbo collera i follicoli intestinali fanno un rialzo manifesto, alcuna volta limitato alle sole glandule di Brunner, e che altre volte occupa al tempo medesimo coteste glandule ed i follicoli confluenti. Questi follicoli, il cui rialzo mai oltrepassa un quinto od un quarto di linea, hanno ordinariamente il medesimo colorito dell' intestino, ma più carico a motivo della loro grossezza, talora di color bianco sucido, simili a lieve strato di albumina che fosse stato disteso al di sotto della mucosa fine o trasparente, talora uniformemente rosso, altre volte di color bruno carico.

I caratteri che distinguono questa alterazione da quella che i medesimi organi presentano nell' affezione tifoide, sono: 1.° la differenza del rialzo il quale non è mai abbastanza considerabile nei soggetti morti di morbo collera, per poter confondere le chiazze che ne risultano con quelle dell' affezione tifoide; 2.° la uniformità della lesione, a tutte le epoche della malattia: noi abbiamo costantemente trovato la medesima lesione senza cangiamento alcuno nei soggetti morti di morbo collera, in qualsivoglia epoca fosse avvenuta la morte dalle ventiquattr' ore dopo il principio della malattia, fino ai trenta ed anche trentasei giorni. In nessun caso abbiamo riscontrato nè escare, nè esulcerazione, nè per conseguenza le altre lesioni che a queste ultime succedono. Si fatta circostanza è molto interessante, imperocchè ci mostra la poca importanza della parte che l' alterazione dei follicoli prende nelle differenti forme che il morbo collera presenta durante i suoi diversi periodi, e massimamente, perchè non permette di confondere questa alterazione, che ha costantemente i medesimi caratteri, con quella dell' affezione tifoide.

Lesione dei follicoli intestinali nei tisici.

Passa maggior somiglianza tra l' alterazione dei follicoli nella febbre tifoide o quella che osservasi nei tisici che tra la medesima alterazione e quella che si trova nel cadavere di chi morì di morbo collera. In molti soggetti che muoiono ad un' epoca avanzata della tisichezza, si osservano, aprendo l' intestino e qualche volta in tutta la lunghezza dell' intestino gracile, follicoli isolati, gli uni grossi, tumefatti, che eguagliano quasi il volume di quelli che abbiamo veduto di seguito alla febbre tifoide, ed al pari di essi ripieni di una materia soda, biancastra, forse di una gradazione un poco più sucida; la mucosa che li copre senza valutabilo alterazione; gli altri ulcerati con margini ordinariamente protuberanti un quarto di linea od anche mezza linea.

Fino a qui troviamo poca differenza, ma è raro che nella tisichezza, i follicoli isolati siano affetti soli; per lo più, le glandule di Peyer lo sono egualmente, e sono in uno stato si differente da quello che si osserva nei follicoli confluenti dopo la febbre tifoide, che non può restar dubbio intorno al genere di alterazione che si ha sotto gli occhi, a qualunque epoca si esaminino. Mai vedesi la materia tubercolosa effusa a modo di panno lino sulla superficie delle glandule di Peyer in guisa da simolare le chiazze a foggia di favo della febbre tifoide; ecco al contrario ciò che si osserva: le chiazze presentano nella loro superficie un picciol numero di tumori assolutamente simili ai follicoli isolati tubercolosi, che si ingenerano ad una linea o due di distanza gli uni dagli altri, per lo più dal centro verso la circonferenza o con tanta lentezza che quelli della circonferenza non contengono tubercoli se non quando quelli del centro sono intieramente esulcerati; onde non è raro di trovare nel cadavere dei tisici, in mezzo alle larghe chiazze di Peyer, due o tre piccioli tumori del genere di quelli che si sono descritti; situati nel centro; sopra altra chiazza, o in altro soggetto, tre o quattro tumori esulcerati, ed all' intorno cinque o sei follicoli tumefatti coperti dalla mucosa allo stato sano e situati in circolo; finalmente, sopra altre chiazze, e probabilmente in epoca più remota, non si trovano tumori che sulla circonferenza della chiazza, nel cui centro osservansi da per tutto vestigia distinte di esulcerazioni od una sola vasta ulcera: tale è il modo di alterazione delle glandule di

Peyer che osservasi nei tisici ed il quale senza dubbio presenta numerose varietà secondo l'epoca della malattia di cui il soggetto è morto, ma che a noi ci pare impossibile di confondere colle chiazze a guisa di favo della febbre tifoide.

Allorchè dopo l'esulcerazione di tutti i follicoli, non restano più altre vestigia che una vasta ulcera, potrebbe essere più difficile il distinguere le due alterazioni delle quali facciamo il paragone; peraltro l'induramento e l'ingrossamento di tutti i tessuti che circondano l'ulcera tubercolosa basterà nel maggior numero dei casi per farlo conoscere. Altresì, è raro che nel tisico le esulcerazioni occupino unicamente la fine dell'intestino gracile; nei casi più dubbi si troveranno delle differenze nelle alterazioni degli altri organi e soprattutto delle glandule mesenteriche le quali, all'epoca che da noi si suppone, nei tisici sono ordinariamente simili a grossi tubercoli, bianchi più o meno rammollite e non possono essere confuse con quelle della malattia tifoide, che, ad un'epoca egualmente remota, sono per lo più poco voluminose, rosse, violette od anche nere.

Il seguente fatto ci porgerà un esempio dell'alterazione che siamo andati descrivendo.

OSSERVAZIONE XX.

Emottisi, diarrea; caverna nel destro polmone con infiltramento di materia tubercolosa; tubercoli situati sulla circonferenza delle chiazze di Peyer e nei follicoli isolati.

Certo Thuilier, nell'età di 61 anno, pittore, di non forte complessione, di salute abitualmente buona, viene ricevuto ai 16 febbraio 1832, nella sala s. Maddalena, n.° 28.

L'anno precedente aveva sofferta una pneumonite a sinistra, per la quale fu salassato due volte, ed era completamente risanato. Sono or quattro mesi che dormendo in una casa nuova ed umida, destasi subitamente nel bel mezzo della notte con violenti battiti di cuore. Parve che due cavate di sangue e quindici giorni di riposo lo ritornassero in salute; egli riprende le sue occupazioni e nel termine di otto giorni viene riassalito dai medesimi accidenti. Entra nell'Ospedale s. Luigi, dove resta per quindici giorni, viene salassato per tre volte e senza miglioramento; anzi negli ultimi giorni è preso da diarrea la quale poscia ha sempre continuato nonostante la dieta ed i medicamenti apprestati. Avanti ieri, 14 febbraio, è destato nel mezzo della notte per un'emottisi la quale ha di poi continuato, ma diminuendo molto; contuttociò nella notte che seguì al giorno del suo ricevimento nell'ospedale, ha riempito la sputacchiera di sangue.

Ai 12 febbraro, smagramento notabile, debolezza tale che l'infermo può a mala pena reggersi per un momento sulle gambe; del resto ei non si lagna nè di dispnea, nè di dolori; mediante l'ascoltazione si trova una notabile diminuzione del rumore respiratorio in ambedue i lati, ed un poco di respirazione bronchiale verso la sommità; da iersera in poi la diarrea è sospesa.

L'emottisi è stata arrestata per mezzo di picciola cavata di sangue e della medicatura dolcificante. Contuttociò le forze non si ristorano, la tosse continua e vengono espulsi spurghi densi, opachi, pieni d'aria verso la sommità e frequentissimi. La diarrea torna più forte che per l'innanzi ed il malato muore ai 10 di marzo, dopo lunga agonia.

Apertura del cadavere.

Nel cervello non trovasi cosa alcuna di anormale.

Il destro polmone, aderente quasi in tutta la sua estensione, ha nella sommità una caverna capace di contenere una noce, tortuosa, involta da tutte parti di tessuto indurato, nero, melanico; mano a mano che si va dall'alto al basso, vedesi apparire della materia tubercolosa che è sparsa in tutto il polmone e pare anche affatto infiltrata verso la base. Alcuni punti soltanto di questo polmone, nella parte anteriore sono accessibili all'aria. Da per tutto è ripieno di tubercoli dei quali nessuno è intieramente rammollito; quasi tutti picciolissimi ed in mezzo a molte granulazioni semitrasparenti, disposti a pacchetti. Su più facce della caverna, dove è liscio, si trova una membrana densa, bianca, semicartilaginosa.

Il polmone sinistro è presso a poco nel medesimo stato del destro. Le sole diffe-

rense stanno nella maggioe geandezza della caverna la qnale è meno tortuosa di qnella del polmone destro, più generalmente rivestita di una membrana cartilaginifoeme, e più vasta, e nella manoanza d'infiltramento della mateeia tnbercolosa alla sua base.

Nel cuore nulla incontrasi di anormale.

Lo stomaco ha nna grande capacità; la sna mucosa è rammollita soltanto nel gean fondo oieco, nelle cui vene osservasi medesimamente nna anormale dilatasione.

Nei due terzi infetiori dell'ileo si incontrano alcnne ulcere eotonde, di margini protuberanti che veramente sembrano di origine folllcolosa, imperocehè tra eosì fatte uleere si osserva, qua e là, buon numero di follieoli isolati, non esulcerati; se si taglino si viene a conoscere che contengono nel centro nna piceiola massa di materia giallastra più o meno molle, e ehe ha grandissima analogla colla materia tubeecolosa; inoltre nella stessa lunghezza dell'intestino, si trovano sette o otto glandule di Peyer, nel oentro delle quali sono numerose esulcerasioni, circondate alla cireonferenza di un circolo di follieoli tutti isolati e protuberanti per una mezza linea od una lineo; aleuni, ma in picciolissimo numero, presentano un principio di esulcerasione.

In tutta la lunghezza del grosso inteatino osservasi una ventina di esnleceazioni, larghe tra le due e le tre linee, e le quali pare ehe abbiano la medesima oeigine. Le glandule mesenteriche sono voluminose, giallastre e come infiltrate di materia tuhercolosa in quasi tutta la lunghezza dell'intestino graeile.

Il fegato di eoloe rosso uniforme, fa maraviglioso contrasto col palloee di tutti gli altri organi.

I eeni sono flaccidi e la sostanza eorticale sembra quasi intieramente mntata in materia granulosa tendente al giallo.

La lesione anatomica di cui questa osseevazione ci somministra un notabile esempio, non trovasi eostantemente in tutti i easi in cui vi sono tubercoli negli intestini; noi non l'abbiamo riportata pee far eonoscere le differenti alterazioni che si osseevano negli intestini dei tisiei, ma unicamente per dare nn esempio di quella di sì fatte alterazioni che, somigliando maggiormente la lesione dei follicoli nell'affezione tifoide, ha potuto indnrre a eredere ehe questa alterazione non fosse particolare dell'affeziune tifoide medesima, e ehe vi siano dei easi nei quali non si possa distinguere da quella ahe appartiene alla tisichezza. Questo fatto, qnello nel quale tra tutte le osservazioni di tisichezza fatte da più anni in qua nella clinica si è notata maggioe rassomiglianza coll'alterazione che osservasi nella febbre tifoide, viene a dimostrarci essere sempre faeile distinguere le alterazioni ehe appartengono a due sì diverse affezioni.

Lesione dei follicoli nei soggetti morti di seguito alla scarlattina.

La lesione ehe trovasi nei follicoli degli intestini di seguito alla scarlattina differisce poeo da quella che abbiamo detto essere frequentissima nei soggetti che muoiono di morbo collera. È una lieve ipertrofia ordinariamente con eossore di questi follieoli e delle glandule di Peyer, ehe mai arriva fino alla grossezza delle ehiazze in forma di favo della febbre tifoide, nè termina in esulcerazione.

Abbiamo parimente osservato una analoga alteeazione dei follicoli intestinali in alouni soggetti morti di affezioni differenti: onde in una giovinetta che morì in pochi giorni per un'erisipela della faccia, e che finò allora mai era stata malata, ed in nn uomo ehe morì di seguito ad una ipertrofia del ouore avanzatissima. Ma, In sì fatti casi, il rialzo ehe i follicoli facevano nell'interno dell'intestino mai oltrepassò un quarto di linea, nè mai vi si notò ehe un lontanissimo rapporto coll'alterasione della febbre tifoide.

SEZIONE IX.

EPILOGO.

Dopo aver discorso, a lungo e distesamente qnanto riputavamo necessario, le differenti modificazioni della lesione dei follicoli ehe osservasi nei soggetti che sono morti di affezione tifoide ed aver riportato a sostegno numerose osservasioni tutte eaccolte nelle sale delle elinica, andiamo a rieapitolare in brevi parole queste forme differenti di una sola e medesima lesione, e eercare di fae conosceee la loro fre-

quenza relativa secondo il numero dei casi in cui sono esse state osservate nei quarantadue fatti raccolti nell'Hotel-Dieu.

La prima alterazione che i follicoli soffrano si è il loro gonfiore, prodotto dalla formazione, al disotto dalla mucosa, di una materia di color bianco giallastro, un poco friabile, che dà ai follicoli confluenti l'aspetto di una chiazza, ed ai follicoli isolati la forma di un grosso bottone più o meno bianco ed a cui parecchi patologi hanno dato il nome, ma a torto, di pustule. A questa forma la quale non pare che conservi i suoi più distinti caratteri (vedi l'osservazione I) oltre il dodicesimo o quindicesimo giorno dopo il principio della malattia, ed a cui generalmente viene dato il nome di *chiazze a foggia di favo*, succede, nella maggior parte dei casi, l'esulcerazione; abbiamo veduto questa cominciare ora dalla mucosa e diffondersi grado a grado (osservazione II) alla materia bianca della chiazza a foggia di favo, ora da quest'ultima, la quale si rammollisce, distaccasi dalle parti colle quali è in contatto, ed induce consecutivamente la distruzione della mucosa (osservazione III). Queste differenti forme dell'alterazione dei follicoli cominciano quasi costantemente da quelli che sono più vicini alla valvula ileo-cecale. Contuttociò, sonovi alcuni casi (osservazione IV) in cui accade al contrario.

Verso la medesima epoca, e vale a dire dall'ottavo al quindicesimo o ventesimo giorno, si trovano (osservazione VI) tanto alla superficie delle chiazze in forma di favo stesse, quanto, lo che è più frequente, sopra glandule di Peyer, che non presentano tracce di questa prima alterazione, e soltanto in alcuni soggetti, la mucosa rammollita, di un colore più o meno carico, staccata dai sottoposti tessuti, forata per gran numero di fori che non sono che gli orifizi considerabilmente allargati dei follicoli, e le danno un aspetto che ha fatto sì che i follicoli confluenti o isolati, che lo presentano venissero chiamati *chiazze di superficie reticolata*.

Mano a mano che le chiazze o i loro avanzi vanno a sparire per l'esulcerazione o per una specie di esulcerazione, gli orli delle ulcere che ne risultano, si fanno schiacciati, si avvicinano più che mai al fondo e sono in condizioni favorevolissime alla cicatrizzazione (osservazione VII) od acquistano al contrario una anormale grossezza dovuta all'ipertrofia dei tessuti sottomucoso e muscoloso, e prendono (osservazione VIII) un aspetto che ha molta analogia con quello del tessuto scirroso. L'esulcerazione delle chiazze distendesi, non solamente in larghezza, ma eziandio in profondità, e prende successivamente i tessuti sottomucoso e muscoloso, ed in alcuni casi anche il peritoneo, ed induce il perforamento intestinale (osservazione IX), che può al pari essere prodotto dalla mortificazione del peritoneo (osservazione X).

Abbiamo veduto, in circostanze più favorevoli, gli orli delle ulcere, non solamente ravvicinati al fondo, ma ancora confusi, almeno in parte, secolui (osservazione XII), e noi medesimi abbiamo trovato, sopra punti dove tutto ci faceva presumere che alcuni giorni innanzi esistessero ancora delle ulcere (osservazione XIII), delle cicatrici perfette.

L'esulcerazione non invade tutte le chiazze a foggia di favo; ve ne ha un certo numero che tornano allo stato normale, senza essere state esulcerate, e per una specie di risoluzione, pel riassorbimento della materia che è cumulata (osservazione XIV e XV); al tempo medesimo elleno presentano alcuna volta (osservazione XVI) un colorito di lavagna che abbiamo medesimamente riscontrato in soggetti che erano morti di affezioni diverse dalla febbre tifoide o lungo tempo dopo sofferta questa malattia.

Riportiamo qui la tavola comparativa delle lesioni osservate nei follicoli nei quarantadue soggetti che sono morti di affezione tifoide, con indicazione del giorno della morte.

INGORGAMENTI DEI FOLLICOLI.

In 1 soggetto, morto al 13.° giorno, i soli follicoli isolati ingorgati.

In 2, morti nel 10.° ed 11.° giorno, i soli follicoli confluenti ingorgati.

In 7, morti nei giorni 12.°, 16.°, 20.°, 21.°, 26.°, 30.° e 34.°, esulcerazione simultanea dei follicoli confluenti e dei follicoli isolati.

In 2, morti nei giorni 19.° e 27.°, chiazze reticolate soltanto, le une intatte, le altre parzialmente esulcerate.

In 1, morto nel 20.° giorno, chiazze

a foggia di favo e chiazze reticolate che cominciavano ad esulcerarsi.

ULCERE INTESTINALI.

In 3 soggetti morti nei giorni 20.°, 21.° e 28.°, ulcere con ipertrofia delle tuniche cellolosa e muscolosa, ed aspetto di tessuto scirroso.

In 1, morto nel 28.° giorno, chiazze a foggia di favo intatte; al di sotto, chiazze reticolate, presso la valvula ileocecale, ulcere senza avanzi di chiazze.

In 4, morti nei giorni 33.°, 35.°, 38.° e 42.°, ulcere nette con margini schiacciati e che parevano disposte a cicatrizzare.

ULCERE CICATRIZZATE O IN VIA DI CICATRIZZAZIONE; CHIAZZE A FOGGIA DI FAVO IN VIA DI ASSOLUZIONE.

In 5 soggetti, morti nei giorni 33.°, 34.°, 36.°, 50.° e 60.°, ulcere con margini schiacciati, con principio di cicatrizzazione o cicatrice perfetta.

In 2, morti nei giorni 36.° 60.° chiazze reticolate e inferiormente ulcere con principio di cicatrizzazione.

In 2, morti nei giorni 21.° e 22.°, chiazze in forma di favo tutte intatte, e che tutte parevano tornare verso il normale stato.

In 1, morto nel 17.° giorno, chiazze a foggia di favo che parevano verso il ritorno allo stato normale; inferiormente ulcere con principio di cicatrizzazione.

In 2, morti nei giorni 30.° e 60.° chiazze non protuberanti, colorite di turchino carico, ed inferiormente esulcerate con cicatrizzazione incipiente.

In 1, morto nel 45.° giorno, chiazze tutte colorite di bruno carico, con rammollimento a modo di crema della mucosa che coprivale.

Tali sono le lesioni che si sono incontrate nei follicoli dell' intestino nei soggetti che sono morti della malattia di cui si sta discorrendo, e le differenti varietà che si sono presentate. La costanza colla quale esse si riscontrano di seguito all' affezione tifoide fa facilmente comprendere l'importanza che noi abbiamo posta a fare esattamente la descrizione delle forme diverse sotto le quali elleno si presentano, imperocchè costituiscono uno dei principali caratteri di questa malattia, quello che non può lasciar dubbio intorno alla natura dell' affezione, siano quali esser si vogliano i sintomi da essa presentati durante la vita.

Se sì fatte lesioni sono state per lungo tempo e sono anche al presente alcuna volta trascurate, cosa facile si è lo spiegarlo riflettendo all' attenzione che è necessario mettere in un esame destinato a distinguere tra di loro lesioni che alcuni anni addietro passavano affatto inosservate dai patologi; le quali alterazioni non siamo pervenuti a conoscere che impiegando maggior diligenza nell' esame necroscopico degli organi; e solo facendo cotesto esame con esattezza ancor più minuta siamo pervenuti a distinguere le differenti loro varietà; onde se leggeremo le opere scritte avanti che fossero pubblicate quelle di Petit e Bretonneau le quali vennero a destare l'attenzione degli osservatori intorno a queste distinzioni, troviamo le denominazioni d'infiltramento, intumescenza, gangrena, esulcerazione, infiammazione degli intestini, indistintamente usate. In molti scritti, anche pubblicati ai nostri dì, intorno alle febbri continue, e massimamente in paesi forestieri, dove i progressi dell' anatomia patologica non hanno tenuto un corso così rapido come in Francia, incontrasi tuttavia la medesima inesattezza di espressioni adoperate per accennare le lesioni degli intestini; i fatti che vi sono contenuti, benchè conservino parte della loro importanza sotto altri rapporti, sono cionondimeno incompleti e non possono servire nè a sostenere, nè a combattere l'opinione per noi annunziata al principio di queste lezioni, cioè: che, di seguito alla maggior parte delle affezioni generalmente ricordate sotto il nome di febbri continue, trovasi l' alterazione dei follicoli degli intestini.

Concludiamo adesso da queste ricerche, che hanno fondamento sopra numerose osservazioni, e che completamente si accordano, sotto i più importanti rapporti, con quelle raccolte da Louis in Francia ed in Inghilterra dal dottor Bright (1), che l'alterazione dei follicoli dell' intestino è uno stato del tutto particolare dell' affezione

(1) *Relazioni mediche*; 1.° *vol. Londra*, 1827.

tifoide, di cui si possono osservando seguitare i diversi periodi, come si osservano e si seguitano quelli di un accesso o di un esantema cutaneo.

Dalle medesime ricerche si concluderà parimente che si fatta alterazione incontrasi in quasi tutti i casi di febbre tifoide, poichè tra quarantadue casi di questa malattia che, da cinque anni in qua, sono terminati colla morte nelle sale della clinica, nessuno ve ne è in cui essa non sia stata trovata ad un grado qualunque; si vedrà più sotto che vi sono ciò nonostante alcuni casi dove non se ne rinviene alcuna traccia, ma non è questo il luogo da entrare in simile disputazione; basti pel momento di annunziare questo fatto che di tutti i soggetti attaccati da febbre continua, che da cinque anni in qua sono morti nella clinica, non ve ne ha alcuno nel quale non siasi trovata qualcheduna delle varietà dell'alterazione dei follicoli che si sono descritte, quando non trovavasi un'altra lesione che potesse bastare a spiegare lo stato febbrile.

SEZIONE X.

CORRELAZIONE DEI SINTOMI E DELLE ALTERAZIONI COSTATATI.

Dopo aver discorsi i sintomi che si osservano nell'affezione tifoide durante la vita, e le lesioni che costantemente o quasi costantemente s'incontrano negli organi dopo morte, ci troviamo naturalmente condotti ad esaminare, per quanto è possibile di farlo, se esista un rapporto costante di tempo o di sviluppamento tra i principali sintomi della malattia e le differenti varietà dell'alterazione dei follicoli durante la vita nei soggetti attaccati dalla febbre tifoide, o in altri termini se si possano conoscere, durante la vita, ad alcuni sintomi particolari, le differenti modificazioni che soffrono le lesioni dei follicoli e dei gangli. L'ordine con cui abbiamo fino a qui proceduto nell'opera nostra, cercando di determinare, per quanto è stato possibile, il giorno della malattia in cui ha cominciato a svilupparsi ciascuna delle modificazioni organiche che per noi si sono studiate, molto ci faciliterà questa ricerca. Noi ci facciamo a prendere successivamente in esame i sintomi principali.

La cefalalgia la quale non è mancata che in un solo dei quarantadue soggetti morti nella clinica, apparendo nel principio della malattia ed anche essendo soventemente il primo fenomeno che il malato prova, non si può neppur supporre che ella sia indotta dallo sviluppamento delle lesioni che ha precedute; egli è chiaro che appartiene alla malattia, ma invano si cercherebbero dei rapporti tra la sua intensità e la gravezza delle lesioni. Essa ha sino dal principio tutta la sua acutezza e non va aumentando poco a poco, almeno nel numero maggiore dei casi, come dovrebbe fare se seguitasse il progresso dello sviluppamento dei follicoli; al contrario comincia ordinariamente a diminuire nel termine di qualche giorno.

Il suo stesso sparire, in quei casi nei quali si è potuto conoscere, non presenta medesimamente alcun valutabile rapporto colle organiche modificazioni che soffrono i follicoli. Onde, fra i soggetti che sono morti ed in otto dei quali le circostanze hanno permesso di conoscere esattamente l'epoca dalla malattia in cui la cefalalgia ha cessato, troviamo che:

In 1 è cessata	nel	5.° giorno	della malattia.
1	nel	6.°	*idem*
1	nel	8.°	*idem*
1	nel	10.°	*idem*
1	nel	12.°	*idem*
2	nel	24.°	*idem*
1	nel	15.°	*idem*

Sarebbe difficile l'attribuire la cessazione della cefalalgia nel quinto e nel sesto giorno della malattia, all'esulcerazione dei follicoli la quale probabilmente mai avviene avanti l'ottavo giorno, siccome si è più sopra dimostrato; ed altresì in alcuni dei casi nei quali il malato ha potuto far conoscere chiaramente la cessazione del dolore, il cambiamento era di favorevole pronostico; si dirà egli altrettanto dell'esulcerazione dei follicoli?

Lo stupore che ordinariamente manifestasi durante il primo periodo od al cominciare del secondo, è un sintomo di grande importanza, nella questione che qui stiamo esaminando; egli è nella febbre tifoide, un fenomeno essenzialmente

adinamico; essendo sempre congiunto a considerabile prostrazione delle forze e non si dileguando che dopo più o meno lungo tempo, quando la malattia prende un andamento decisamente favorevole. Due opinioni sono state in credito intorno allo stupore o adinamia considerata nei suoi rapporti colle lesioni dei follicoli intestinali, nell'una si è preteso cha queto fenomeno non sopravvenisse che verso la fine della febbre; allorchè l'economia era come sfinita pel lungo durare dell'affezione; nell'altra è stato asserito che l'adinamia mai manifestasi nelle febbri se non in quanto la flemmazia gastro-intestinale si è terminata coll'esulcerazione, colla suppurazione od anche colla gangrena di un certo pezzo della membrana mucosa digestiva e del sottoposto tessuto cellulare. Secondo la quale ultima opinione i fenomeni adinamici sarebbero costantemente il risultamento di una generale infezione. I brani esulcerati, i lembi gangrenosi della membrana mucosa disorganizzata, la suppurazione che essa dà, tutte coteste materie riunite agli escrementi che l'intestino può contenere formerebbero un vero fomite d'infezione da cui nascerebbero i generali fenomeni di putrescenza.

Essendo queste due opinioni state ingegnosamente esposte e particolarmente l'ultima essendo stata appoggiata con alcuni fatti che parrebbero dimostrarne l'esattezza, noi ci facciamo a confrontarle coi risultamenti da noi ottenuti in grande numero di osservazioni, alcune delle quali già sono state citate in queste lezioni.

Dei ventinove malati, tra i quarantadue che sono morti nella clinica, nei quali si è osservato lo stupore fortissimo, in ventuno si è osservato al tempo dell'entrata nella clinica, in otto sopravvenne nel tempo che erano nell'ospedale. Ora vogliamo far conoscere esattamente il giorno in cui abbiamo osservato quest'importante sintomo; in seguito poi esamineremo le conclusioni che se ne possono dedurre.

Di ventun malato in cui abbiamo osservato lo stupore notabile nel giorno dell'entrata nell'ospedale, troviamo che

2 vennero ricevuti nel 4.° giorno della malattia.
3 nel 5.° *idem*
9 nel 7.° *idem*
2 nel 9.° *idem*
2 nel 10.° *idem*
2 nel 12.° *idem*
4 dal 12.° al 16.° *idem*
3 dal 16.° al 22.° *idem*
1 nel 36.° *idem*

Ecco ora la data della malattia, negli otto soggetti nei quali lo stupore si manifestò sotto i nostri occhi, alcuni giorni dopo essere stati ricevuti nelle sale della clinica.

In 1, lo stupore apparve nel 6.° giorno della malattia.
1, nel 10.° *idem*
2, nel 11.° *idem*
1, nel 12.° *idem*
1, nel 20.° *idem*
1, nel 23.° *idem*
1, nel 27.° *idem*

Onde, nei ventinove malati attaccati da febbre tifoide, e nei quali si è osservato lo stupore, in quattro almeno si fatto fenomeno è sopravvenuto avanti il tempo in cui le chiazze a foggia di favo cominciano ad esulcerarsi, vale a dire avanti l'ottavo giorno; ed in ventitre (di ventinove) era fortissimo ed esisteva già da più giorni nella maggior parte al diciottesimo giorno della malattia.

Giusta sì fatto calcolo non si può dire che lo stupore non sopravvenga se non quando la febbre ha già durato lungo tempo. Neppure si potrebbe dire che esso fosse l'effetto di congestione cerebrale, l'*oppressio virium* degli antichi, imperocchè sonovi altri segni che dimostrano che dipende da un indebolimento reale, da una diminuzione delle forze che costituiscono la vita come l'aggravamento di tutti i sintomi nonostante l'uso, e noi potremmo dire in qualche caso, per cagione delle cavate di sangue e delle emorragie che seguono per le fosse nasali, per la superficie intestinale o al disotto della pelle. Lo stupore, al pari di tutti gli altri fenomeni adinamici che l'accompagnano costantemente nella febbre tifoide, non è dunque nella maggior parte dei casi l'effetto, nè di eccesso di forze, nè della lunga durata della malattia.

L'opinione secondo la quale viene attribuito lo stupore e gli altri fenomeni adinamici al riassorbimento del pus e degli

avanzi prodotti dalla distruzione delle chiazze a foggia di favo e delle chiazze reticolate non è più esatta, quantunque apparentemente abbia fondamento sopra fatti meglio osservati. Certamente, la mescolanza del pus, ossia artificiale nelle esperienze, ossia spontanea nella flebite e nelle vaste suppurazioni, col sangue che lo trasmette in tutta l'economia, induce alcuna volta dei sintomi tifoidi o adinamici fortissimi, ma se ne deve concludere che avviene lo stesso in tutti i casi, e sopratutto che l'adinamia dei soggetti attaccati da febbre tifoide non riconosce altre cagioni? Esaminiamo i fatti: tra i ventinove soggetti nei quali si è osservato lo stupore, in quattro la suppurazione delle chiazze a foggia di favo non aveva ancor potuto aver luogo; bisogna dunque ammettere, per questi quattro malati, un'altra cagione fuori dell'assorbimento del pus. Fra i soggetti osservati nella clinica che sono morti senza che in essi vi fosse esulcerazione delle chiazze a foggia di favo o dei follicoli isolati, sia che fossero morti nei primi giorni della malattia, o sia che già in essi le chiazze fossero tornate verso il normale stato, senza che fossevi stata nè suppurazione, nè esulcerazione, ve ne sono molti nei quali si è osservato lo stupore e gli altri adinamici fenomeni notabilissimi; noi non faremo che ricordare i soggetti della settima, nona, decima e dodicesima osservazione.

Dai quali fatti adunque concludiamo che non all'assorbimento del pus e delle materie somministrate dalla scomposizione delle chiazze e della mucosa che le copre si debbe attribuire, nella maggior parte dei casi, l'apparizione dello stupore e degli altri fenomeni adinamici, sì frequenti nella febbre tifoide; che lo stupore non può essere prodotto da alcuna delle modificazioni che presenta l'alterazione dei follicoli durante il corso della malattia.

Nè più della cefalalgia e dello stupore pare che si debba attribuire il delirio acuto agli organici cambiamenti che soffrono i follicoli degl'intestini e le glandule mesenteriche. Tra i quarantadue soggetti che sono morti nella clinica, in venti solamente si è osservato il delirio, durante il corso dell'affezione tifoide; del qual numero in tre si osservava già quando entrarono nell'ospedale, in diciassette si manifestò quando già erano nell'ospedale medesimo.

In 6,	sopravvenne dal 5.° al 6.° giorno della malattia.	
3,	dal 20.° al 30.°	*idem*
1,	nel 33.°	*idem*
1,	nel 40.°	*idem*
1,	nel 54.°	*idem*

Questa tavola ci mostra non essere il delirio più frequente in un'epoca della malattia che in qualsisia altra; che non nelle differenti varietà dell'alterazione dei follicoli si dovrà ricercare la condizione anatomica che lo induce.

La diarrea esisteva in trentaquattro dei quarantadue soggetti, nel giorno della loro ammissione, ed in sei soltanto essa cominciò mentre erano nell'ospedale.

In 1,	essa sopravvenne nel 5.° giorno della malattia.	
1,	nel 6.°	*idem*
1,	nel 9.°	*idem*
1,	nel 13.°	*idem*
1,	nel 16.°	*idem*
1,	nel 21.°	*idem*

Dalla quale tavola risulta che la diarrea, che trattanto è uno dei più frequenti sintomi, non osservasi costantemente in tutte le epoche della malattia, e che non solamente le chiazze a foggia di favo, ma eziandio esulcerazioni di queste chiazze, non inducono necessariamente un sintomo tale.

Neppure abbiamo noi osservato che il colore o la frequenza delle evacuazioni alvine sia da riferirsi a forme particolari della lesione dei follicoli, nè soprattutto che il colore giallo acre indicasse costantemente, siccome Bright crede di avere osservato, la loro esulcerazione.

Noi potremmo passare in esame gli altri più importanti sintomi, come le evacuazioni involontarie, la secchezza della lingua, ec., ec., e sempre perverremmo ai medesimi risultamenti, vale a dire a non trovare alcun rapporto costante tra l'epoca nella quale cotesti sintomi appariscono e le epoche nelle quali avvengono le differenti modificazioni dell'alterazione dei follicoli e delle glandule linfatiche.

Da tutti gli allegati fatti andiamo dunque a concludere che le varietà della

anatomica lesione dei follicoli e delle glandule non sono appalesate per alcun fenomeno particolare, e che tutti i sintomi, eccettuando forse la diarrea, il dolore addominale ed il gorgogliamento, sono l'espressione dell'influenza della malattia su tutt'intiera l'economia, dei disordini che induce nelle principali funzioni, ed appartengono piuttosto alla malattia medesima di quello che siano effetti della lesione dei follicoli.

PARAGRAFO II.

LESIONI ACCIDENTALI.

Tra le patologiche alterazioni che si osservano meno frequentemente delle precedenti nell'affezione tifoide, o che meno specialmente appartengono a cotesta malattia, collocheremo in primo luogo le lesioni del tubo digestivo diverse da quelle dei follicoli.

SEZIONE I.

LESIONI ACCIDENTALI DEL TUBO DIGESTIVO.

Lesioni della bocca, della lingua, della faringe e dell'esofago.

Le alterazioni che si incontrano in si fatti organi, di seguito all'affezione tifoide, sono in poco numero e non si osservano che in alcuni rari casi. Onde trovasi qualche volta uno strato di mucosità più o meno secco o rammollito che copre la bocca, la lingua e la faringe e al di sotto del quale la mucosa non è sensibilmente alterata; in altri casi, ma ancor più rari, trovansi sulla faringe, e specialmente su i lati, alcune esulcerazioni ordinariamente poco numerose, di forma ovolare o rotonda o irregolare comunalmente poco profonde, che qualche volta posano sulla tunica muscolosa e non hanno mai molta larghezza.

Tutte le esulcerazioni delle quali abbiamo fino ad ora discorso succedono ad una alterazione dei follicoli: in quelle delle quali ci stiamo ora occupando, si fatta alterazione non è stata punto verificata; mai nulla è stato osservato in queste parti di analogo alle chiazze a foggia di favo o a'follicoli isolati ingorgati degli intestini.

Nella lingua parimente si osservano esulcerazioni che ne occupano ora la lunghezza ora la larghezza, nè possono esse pure attribuirsi all'alterazione dei follicoli. Si fatte ulcere hanno sempre una forma stretta ed allungata.

Le esulcerazioni dell'esofago sono ordinariamente superficialissime, ovolari e disposte longitudinalmente, per lo più non sono che maniere di escoriazioni, siccome noi ne abbiamo veduto un esempio sì notabile nel soggetto dell'osservazione XVI. Sarebbe ancora difficile riconoscere in coteste esulcerazioni un effetto della lesione dei folliculi.

La forma ed il numero delle esulcerazioni di queste differenti parti variano molto; in taluni casi pare che si colleghino alla presenza delle false membrane che le ricoprono, in altri si trovano circondate da infiltramento purulento.

LESIONI DELLO STOMACO.

Nella mucosa dello stomaco si osservano frequentemente delle modificazioni notabili di colore, di consistenza e di grossezza. Noi le esamineremo separatamente.

ALTERAZIONI DI COLORE.

Numerose varietà si osservano nel colorito dello stomaco dei soggetti che muoiono per affezione tifoide. Qualche volta è del tutto pallido, altre volte, e più soventemente, ha un colorito rosso, la cui intensità varia quasi in tutti i casi, e non incontrasi costantemente nei medesimi punti. In alcuni soggetti tutta la mucosa gastrica è tinta al pari di quella che riveste il duodeno ed il digiuno, e qui, benchè non trovisi sempre della bile nello stomaco, è forza riconoscere che si fatto colorito è dovuto all'imbibizione di questo fluido nella mucosa. In alcuni casi eziandio questo colorito giallo si è diffuso alle tre tuniche dette stomaco. Accade ancora assai spesso che la porzione di quest'organo che posa sul fegato e quella che è in contatto colla milza, abbiano nella grossezza delle tre membrane il medesimo colore che alla superficie di questi due organi. Egli è chiaro, in tutti cotesti casi, che sì fatte differenze di colore le quali unicamente dipendono dall'azione di cause fisiche, o

dopo morte o negli ultimi istanti della vita, non hanno potuto avere alcuna influenza su i fenomeni che durante la vita si sono manifestati, e ci basta l'averle accennate.

Più specialmente ci fermeremo a parlare dei colori rossi che sono frequentissimi e che spessissimo sono stati considerati come denotanti costantemente l'infiammazione della mucosa gastrica. In alcuni casi il colorito rosso della mucosa esiste insieme allo stato varicoso delle vene gastriche, ed allora la gradazione va indebolendosi, a misura che si esamina la membrana più lungi dal maggiori tronchi (osservazioni I. e XVIII). In altri casi, un rossore generale e vivacissimo, non solamente dello stomaco, ma eziandio di tutti gl'intestini, coincide con un ingrossamento delle pareti del cuore e può essere posto a paragone di quello che si frequentemente osservasi nei soggetti che muoiono per ipertrofia del cuore. Alcuna volta, finalmente, cotesto rossore vivace non è collegato ad alcuna organica condizione che possa spiegarlo; e siccome per lo più non è accompagnato nè da valutabile rammollimento nè da ingrossamento della mucosa, è, nella maggior parte dei casi, impossibile il determinare se cotesto rossore sia infiammatorio. I caratteri del rossore che persiste nel cadavere dopo l'infiammazione non sono stati stabiliti in una maniera assai chiara da potere col ministero del solo occhio dichiarare se un rossore sia di natura infiammatoria, o se, al contrario, dipenda da qualche altra cagione. È allora forza di ricorrere ai sintomi che si sono manifestati nei giorni che hanno preceduto la morte, per decidere se siavi stata gastrite. Ma è raro che negli ultimi giorni dell'alterazione tifoide, nel corso dei quali l'infermo è soventemente in istato di stupore profondo o di coma, si osservino sintomi, che denotino il patimento dello stomaco.

In altri soggetti, la mucosa dello stomaco ha un colorito rosso più carico, che qualche volta accostasi eziandio al turchino lavagna. È questo il colore che è stato considerato come l'indizio di gastrite cronica. Le riflessioni che dianzi facevamo intorno alla difficoltà di riferire il colore della mucosa dello stomaco ad una patologica condizione di questo medesimo organo, sarebbero anche qui applicabili; imperocchè vedesi egualmente questo colore di lavagna in soggetti nei quali, durante la vita, non si è osservato sintomo alcuno di gastrite, tanto acuta, quanto cronica.

ALTERAZIONI DI CONSISTENZA.

In gran numero di casi trovasi, in quei soggetti che sono morti di malattia tifoide, la mucosa che copre il gran fondo cieco dello stomaco rammollita; in più piccol numero, il rammollimento distendesi a gran parte della mucosa gastrica. Finalmente, molto di rado, il rammollimento comprende tutte le tre tuniche.

Qualche volta, non solamente la mucosa è rammollita, ma è intieramente distrutta, non esiste più; la tunica cellulosa e la tunica muscolosa sono del tutto allo scoperto, non trovansi che qua e la alcuni frammenti di questa membrana sotto forma di fiocchi e che il più minuto filo d'acqua porta facilmente via. Per due volte si è da noi notato questo stato nei quaranta due casi osservati.

Altre volte, la mucosa, benchè rammollita, ciò nonostante resta tuttavia unita alla cellulosa, sotto forma di uno strato senza resistenza, che facilmente distaccasi col dito o col manico del coltello. Finalmente, in altri casi, ella ha maggior resistenza e non viene distaccata che con maggiore difficoltà, benchè abbia molto perduto della normale sua consistenza.

Tra i quarantadue malati dei quali è stata compilata l'istoria, in quattordici si è incontrato il rammollimento di una porzione dello stomaco; egli occupava:

In 10, il gran fondo cieco.

In 2, una grande parte dello stomaco.

In 1, tutta la mucosa gastrica.

In 1, tutta la grossezza delle tre tuniche.

Abbiamo veduto, nei soggetti delle osservazioni I e VI, il rammollimento della mucosa limitato al gran fondo cieco, ed in quello della V, l'abbiamo veduto disteso a tutta la mucosa gastrica. Ora vogliamo brevemente riportare altra osservazione in cui le tre tuniche si trovarono completamente rammollite.

OSSERVAZIONE XXI. (1)

Dimora recente in Parigi. Cefalalgia, prostrazione, stupore. Morte nel sedicesimo giorno. Chiazze a foggia di favo con principio di esulcerazione; rammollimento della mucosa del gran fondo cieco dello stomaco e mortificazione delle tre tuniche.

Certo Langon, nel diciottesimo anno dell'età, parucchiere, e che da quattro mesi abitava in Parigi, ha sempre goduto buona salute. Otto giorni avanti la sua entrata nell'Hotel-Dieu viene preso da febbre con cefalalgia e diarrea continua, che peraltro non gl'impediscono di lavorare ancora per lo spazio di cinque giorni, benchè vomill tutto quello che prende e che senta dolore alla gola e per tutto l'addome; egli viene posto a letto nella sala s. Maddalena, n.° 21.

Il nono giorno dopo l'invasione, prostrazione con forte stupore, delirio senza violenza; faccia molto iniettata; polso frequente, forte; tutto l'addome è dolente comprimendolo; indolenzimento dei muscoli del dorso, lingua secchissima; i vomiti sono cessati; la diarrea continua col meteorismo. (*Venticinque mignatte sull' addome; bagni ammollienti, empiastri ai piedi.*)

Nel dodicesimo giorno, dopo lieve miglioramento tutti i sintomi si sono fortemente esacerbati; l'abituale immobilità del malato non viene interrotta che dall'agitazione del delirio; la lingua e le labbra sono coperti da uno strato di grossissime fuligginosità nere. (*Vescicanti alle cosce, empiastri ai piedi.*)

Nel quindicesimo giorno, continua il medesimo stato, benchè la diarrea sia cessata da tre giorni; e che sembri essere il malato insensibile alla compressione dell'addome; nella notte ultima è avvenuta l'epistassi. (*Un grano di tartaro emetico in gran quantità d'acqua, bagno ammolliente.*)

Nel sedicesimo giorno, l'infermo ha vomitato più volte e più volte è andato del corpo nel corso della giornata espellendo materie liquide; il bagno gli ha apportato alleviamento. Questa mattina l'agitazione è più considerabile, il malato parla continuamente ed a voce bassa; i muscoli della faccia sono convulsivamente agitati; respirazione rumorosa e convulsiva; sussulti di tendini quasi continui nell'antibraccio.

Apertura del cadavere fatta quarantadue ore dopo la morte.

Abito esterno. L'addome è molto gonfio.

Cranio. Nel cervello e nelle sue membrane nulla trovasi di anormale.

Torace. Il cuore scolorito, ma non rammollito non contiene che liquido sangue al pari di tutti gli altri vasi arteriosi o venosi; i due polmoni non sono crepitanti, in ambedue i lati evvi intasamentu sieroso notabilissimo; a destra rammollimento assai considerabile in dietro.

Addome. Lo stomaco aperto con diligenza contiene un fluido nero schiumosissimo e senza particolare odore. La picciola porzione del gran fondo cieco che riposa sulla milza è colorita di color nero molto carico, e talmente rammollita nelle tre sue membrane che cede sotto la minima compressione; tutt'all'intorno e nello spazio che corrisponde a quello che è occupato dal liquido ed il quale egnaglia la larghezza del palmo della mano, la mucosa è notabilmente alterata; in alcuni punti essa manca affatto, in altri trovasi ancora, ma sottilissima e simile ad uno strato di gomma in soluzione; nei punti dove manca vedesi la muscolosa allo scoperto, col suo colore bianco perla. Intorno a questo spazio la mucosa riprende tutt'ad un tratto il suo stato ordinario e per una subita transazione quasi lineare. In essa altresì non trovasi nè rammollimento, nè iniezione. Lo spazio colorito di nero e dove tutte le membrane sono completamente rammollite è largo quanto una moneta di tre franchi, e vi si osserva eziandio una linea apparentissima che lo distingue dal resto. Un praticante che vede questa macchia nera vi mette immediatamente il dito e vi fa così un'apertura per la quale subito esce il fluido.

Nel duodeno al pari che nel digiuno nulla trovasi di notabile; ma la mucosa della metà superiore dell' ileo manca di consistenza e s'innalza colla massima facilità. Due piedi al disotto della valvula

(1) *Raccolta nelle sale del professore Recamier.*

ileo-cecale si trovano alcune glandule di Peyer che passano grado a grado allo stato di chiazze a foggia di favo distintissime; solo nelle tre ultime le più vicine alla valvula, osservasi un principio di esulcerazione. Intorno alle ultime chiazze si vedono alcuni follicoli isolati tumefatti egualmente; una larga chiazza di due pollici di estensione circa involge la valvola e vi si vedono eziandio alcuni punti di esulcerazione incipiente. Nei grossi intestini nulla riscontrasi di anormale.

La milza, che è rossa esternamente, presenta sulla anterior faccia e sul punto dove riposa il gran fondo cieco dello stomaco una macchia nera che non giunge nell'interno, ed è esattamente circonscritta allo spazio che era in contatto collo stomaco.

Il fegato pare sano, la vescichetta è distesa da un fluido acquoso.

Noi non cerchiamo qui di spiegare la formazione di questa maniera d'escara che presentava lo stomaco nella sua gran curva e che era sì bene circonscritta al pari del rammollimento più esteso della mucosa che esattamente corrispondeva allo spazio con cui il fluido contenuto in quest' organo poteva trovarsi in contatto, stando il cadavere giacinto sul dorso; ora ci contenteremo di esaminare quali possano essere i rapporti del rammollimento della mucosa gastrica in generale colla febbre tifoide, e di ricercare quale influenza questo stato morboso possa avere sulla produzione della malattia.

E prima di tutto reca maraviglia il vedere che siano in numero di quattordici questi rammollimenti della mucosa dello stomaco, osservati tra quarantadue casi di febbre tifoide, ed è naturalmente da maravigliarsi di vedere questa alterazione relegata qui tra le lesioni accidentali. Pare in effetto che un' alterazione che si frequentemente occorre all'osservazione (delle tre volte una), non possa venir considerata come accidentale, e che i patologi che avevano attribuito allo stomaco tanta parte nell' affezione a cui davano il nome di gastro-enterite grave e che da noi chiamasi febbre tifoide non avevano commesso tanto grave errore quanto pare che oggi comunalmente si creda; ma investigazioni fatte in gran numero di cadaveri aperti a questi ultimi anni nella scuola clinica ci vanno a mostrare la poca importanza di questa alterazione relativamente alla febbre tifoide, imperocchè essa non è più frequente in quest'ultima affezione che nella maggior parte delle altre malattie che menano a morte.

Onde, di ventiquattro soggetti che sono morti di pneumonite, in otto si è trovato il rammollimento della mucosa gastrica a gradi vari al pari che nell'affezione tifoide. Ma forse si dirà che questo rammollimento sia stato l'effetto della medicatura impiegata, come dell' emetico a forte dose al quale sì spesso si ricorre negli estremi pericoli. Ecco il risultamento dei ricordi presi a questo proposito in questi ventiquattro soggetti: fra gli otto nei quali osservavasi il rammollimento della mucosa gastrica, soli tre avevano preso per uno o due giorni l'emetico a forte dose, mentre che degli altri sei, nei quali non incontravasi sì fatta lesione, per la metà circa era stata posta in pratica la medesima medicatura e nelle medesime circostanze, di maniera che non all'azione di tale rimedio si può attribuire la frequenza del rammollimento della mucosa gastrica nei casi di pneumonia di cui parliamo, frequenza che, come si vede, non è minore che nell'affezione tifoide.

I medesimi rapporti si trovano anche nella peritonite. Tra dieci casi di peritonite acuta in tre si è riscontrato il rammollimento del quale si discorre.

La medesima proporzione, in quanto al rammollimento dello stomaco, osservasi eziandio nei soggetti morti per vainolo; quindi tra cinque soggetti che da qualche anno in poi sono morti per questa malattia nelle sale della clinica, in due si è trovato il rammollimento della mucosa dello stomaco; nel momento in cui venne fatta l' autopsia il perforamento di quest' organo era imminente, come nel soggetto del quale si è qui sopra riportata l' istoria.

I medesimi rapporti proporzionali, o presso a poco, noi li troveremmo nel numero degli individui nei quali si è incontrata questa alterazione, e di quelli nei quali non si è trovata in tutte le altre affezioni tanto acute che croniche. Ma non è qui tempo di entrare in simili particolarità; noi non discorriamo del rammollimento della mucosa gastrica che per accidente, e ci basta l'aver dimostrato che

sì fatta lesione non ha nella febbre tifoide maggiore importanza che nella maggior parte delle altre malattie, non essendo in essa nè più frequente, nè più grave; altresì, siccome nei casi in cui ell'è stata trovata dopo la morte nessun particolar sintomo aveva potuto farne nascere sospetto durante la vita egli è chiaro, anche secondo l'opinione di quei medici che tuttavia considerano il rammollimento della mucosa gastrica come sempre prodotto da uno stato morboso, che non sopravviene che negli ultimi giorni della vita del malato e che non potrebbe essere considerato come la lesione che produce lo sviluppamento dell'affezione tifoide. A più forte ragione la proposizione nostra sarebbe vera secondo l'opinione di coloro che considerano sì fatta alterazione come prodotta negli ultimi istanti del vivere o poco tempo dopo la morte, dalla chimica azione dei liquidi contenuti nello stomaco sulle sue membrane.

ALTERAZIONI DI GROSSEZZA.

L'ingrossamento della membrana mucosa gastrica è molto più raro del rammollimento. Ordinariamente osservasi nella regione pilorica; l'assottigliamento è più frequente e spesso coincide col rammollimento della mucosa del gran fondo cieco dove osservasi quasi esclusivamente. L'assottigliamento della mucosa soventemente collegasi alla dilatazione dello stomaco che porta anche seco l'assottigliamento della tunica cellulosa e muscolosa, come l'ingrossamento della mucosa frequentemente coincide colla diminuzione della capacità del ventricolo, ed in questo caso ancora le tuniche cellulose sono notabilmente ingrossate. Finalmente, evvi qualche caso in cui, senza diminuzione, come senza aumento della capacità dello stomaco, nella mucosa che lo tappezza osservasi od un ingrossamento od un assottigliamento apprezzevole.

Allorchè la mucosa dello stomaco è ingrossata la sua superficie è ordinariamente coperta di piccioli mammelloni che più frequentemente s'incontrano nella sua porzione pilorica, e numerose pieghe di una certa estensione; le due superficie della membrana mucosa, che si trovano in contatto per la disposizione di coteste pieghe hanno ordinariamente, anche in quei casi nei quali tutto il resto della mucosa è bianco, un colore rosso assai vivace.

In quei casi nei quali una porzione o sivvero la totalità della mucosa dello stomaco era rammollita, la morte è avvenuta nei giorni 7.° 9.° 10.° 16.° 17.° 19.° 20.° 21.° 25.° 27.° 28.° 38.° 48.° 50.° della malattia; in quelli nei quali o una parte solamente, o pure la totalità della mucosa gastrica aveva il colore della lavagna, la morte era avvenuta nei giorni 12.° 20.° 26. 33.° e 36.° della malattia, di maniera che non unicamente nei soggetti che soccombono nei due primi periodi della malattia incontrasi il rammollimento, nè in quelli soli i quali muoiono ad un'epoca lontana la mucosa ha il colorito della lavagna, siccome era stato supposto.

In nessuno dei quaranta casi che sono stati osservati nella clinica, si sono incontrate esulcerazioni nella mucosa dello stomaco. Louis ne ha trovate quattro volte; desse erano più o meno moltiplicate al numero di venti e più. Coteste esulcerazioni non avevano maggiore estensione di tre linee, e non comprendevano se non una parte della grossezza della mucosa; per lo più esse erano rotonde; in due soggetti trovavansi alla faccia anteriore dello stomaco ed in due altri presso al piloro ed alla gran curva.

LESIONI DEGL' INTESTINI.

La maggior parte delle alterazioni che s'incontrano nel resto del tubo digestivo sono ordinariamente meno considerabili di quelle dello stomaco.

Alterazioni di colore.

Nel colore degl' intestini abbiamo osservato numerose varietà e nelle sue diverse gradazioni e nelle sue differenti divisioni. Il duodeno ed il digiuno hanno nella maggior parte de' casi un color rosso più carico del resto dell'intestino gracile e dei grossi intestini, a cui mescolasi una gradazione gialla, la quale ordinariamente diminuisce partendo dal digiuno, ma che in alcuni casi trovasi fino alla valvula ileo-cecale. L'ileo ha soventemente un colorito rosso più vivace, il quale talora occupa le tre membrane ed apparisce all'esterno per

numerose arborizzazioni, talora è limitato unicamente alla mucosa; qualche volta, in quest' ultimo caso soltanto, nell' orlo libero delle valvule conniventi osservasi un rossore molto acceso; si direbbe che esse fossero tinte di sangue rosso e vermiglio uscito dai suoi vasi, ma l' acqua non leva via cotesto rossore; altre volte, e più frequentemente, il rossore dell'intestino ileo è disposto a zone, che sono separate tra di loro per zone di egoale grandezza e dove le tre tuniche sono notabilmente pallide. Esempi di sì fatta disposizione li abbiamo veduti nel soggetti delle osservazioni I e III, e crediamo di non aver bisogno di ripeter qui che le zone in cui il rossore è più forte appartengono ordinariamente alla parte delle circonvoluzioni che occupa una positura declive, relativamente a quella che ha conservato il color pallido. Finalmente in numero assai grande di casi, la metà dei due terzi inferiori dell' ileo sono di color rosso assai vivace, mentre il resto è comparativamente pallido; ordinariamente la porzione inferiore era allora del tutto approfondita nel picciolo bacino; e quella il cui colorito è meno forte era restata nell' addome. Nei soggetti delle osservazioni IV e V, troviamo degli esempi notabili di questa disposizione.

Il colorito rosso della mucosa non è più vivace all' intorno delle chiazze in forma di favo o esulcerate di quello che sia a qualche distanza da queste chiazze, ed anche nei tre casi nei quali si è trovata una quantità assai notabile di pus al di sopra della valvula ileo-cecale, intorno e alla superficie delle chiazze profondamente esulcerate, la parte che il pus ricopriva era più pallida del resto della mucosa.

Nel colorito della mucosa dei grossi intestini si notano varietà lo numero molto maggiore che in quello degl' intestini gracili. È raro che vi si osservi un forte rossore per tutta la loro estensione, assai spesso vi si trovano delle macchie rosse più o meno larghe e che sono alcuna volta sì cariche che rassomigliano ad ecchimosi.

Alterazioni di consistenza.

Raramente accade che nella mucosa che separa i follicoli tanto isolati, quanto confluenti, vi si incontri un grado di rammollimento così notabile come quello che si di frequente osservasi nello stomaco. Tra i quarantadue casi già ricordati, due volte soltanto si è trovata la mucosa di una porzione dell'intestino gracile ridotta alla consistenza di uno strato di gomma arabica. Nel soggetto della X osservazione abbiamo veduto la mucosa dell' ileo rammollita soltanto in alcuni punti; ma non in quelli dove il colorito rosso era più vivace. In un altro si è trovata la mucosa di tutta la porzione superiore del medesimo intestino mollissima, simile ad una soluzione di gomma.

Nella mucosa che circonda le chiazze raramente si è osservata la consistenza di quella che non era lontana, mai l'abbiamo trovata più rammollita; ma qualche volta ci è sembrata più resistente, soprattutto nei casi in cui eravi ipertrofia dei tessuti sottomucosi e muscolosi.

Nel tessuto cellulare sottomucoso si è alcuna volta riscontrato un certo grado di rammollimento.

In nessun caso è stato osservato un indurimento della mucosa, tanto dello stomaco, quanto degli intestini, apprezzevole assai da essere notato; abbiamo parlato altrove dell' ipertrofia dei tessuti cellulosi e sottomucosi che in alcune circostanze osservasi intorno alle chiazze.

Correlazione dei sintomi e delle lesioni accidentali del tubo digestivo.

Sarebbe cosa importante il prender qui ad esaminare se si potesse trovare un rapporto costante tra le lesioni che si sono esaminate ed alcuni dei sintomi osservati durante la vita, in una parola se a queste differenti lesioni si potessero riferire alcuni particolari sintomi.

L' esame di questa questione non potrebbe somministrarci un risultamento positivo, se fosse dimostrato che queste lesioni del tubo digestivo non si sviluppano, come più patologi credere opinano, e come noi abbiamo motivo di credere di parecchie di esse, che negli ultimi giorni della vita, epoca in cui i fenomeni adinamici oppure quelli dell'atassia nascondono tutti gli altri sintomi.

Se, al contrario, si supponga che queste alterazioni risalgano ai primi giorni della malattia, all' epoca in cui il soffri-

ze di ciascun organo poteva manifestarsi con appropriati sintomi, allora ci sarebbe facile di verificare se esista qualche rapporto tra i sintomi osservati durante la vita nei soggetti affetti da febbre tifoide e le lesioni accidentali che si sono noverate.

Noi non prenderemo per esempio il rossore dello stomaco e degli intestini, a motivo della difficoltà che incontrasi a distinguere quello che è realmente infiammatorio o patologico da quello che si può supporre dipendente da semplice stagnamento passivo del sangue nei vasi di cotesti organi, ma sceglieremo il rammollimento della mucosa che abbiamo descritto e che per la sua frequenza, massimamente nello stomaco, potremo prendere fondamento sopra numeri assai considerabili onde non abbia a restar dubbio alcuno intorno ai risultamenti ai quali perverremo collegandoli coi sintomi che sono stati attribuiti a questa alterazione e soprattutto al vomito.

Di quattordici soggetti, nei quali dopo morte si è trovato il rammollimento gelatiniforme della mucosa dello stomaco, soli due hanno sofferto di vomiti nel principio della malattia; uno di questi soggetti è quello della osservazione IV, che morì nel decimo giorno subitaneamente, e nel quale l'osservazione dei sintomi durante la vita e l'esame degli organi, aperto il cadavere, non poterono spiegare la sua inaspettata morte; in esso la mucosa dello stomaco era ingrossata, rossa ed un poco rammollita in tutta la sua estensione. Il secondo soggetto è una giovinetta che ebbe una febbre tifoide gravissima, per tutto il corso della quale essa aveva avuto frequenti vomiti: allorchè ella pareva, verso il quarantesimo settimo giorno della malattia, che entrasse in convalescenza e che si cominciava ad accordarle di prendere qualche minestra blanda, o perchè fosse stato commesso qualche errore nella distribuzione, o piuttosto perchè le venissero portati alimenti dal di fuori, ebbe una specie d' indigestione e venne presa da vomiti che durarono fino al momento della morte, che seguì nel cinquantottesimo giorno. Aperto il cadavere si trovò lo stomaco di grande capacità, pieno di fluido verdastro con rammollimento poco considerabile della mucosa del gran fondo cieco. In un terzo soggetto che ebbe qualche vomito negli ultimi giorni della malattia e che morì nel ventottesimo giorno, si trovarono medesimamente alcuni punti della mucosa del gran fondo cieco rammolliti.

Non solamente non osservasi il vomito che in un picciol numero di essi in cui trovasi il rammollimento gelatioiforme, siccome abbiamo veduto, ma di più questo sintomo incontrasi frequentemente in soggetti nei quali apertone il cadavere, la mucosa aveva l' ordinaria consistenza. Onde, tra i ventotto soggetti, nei quali non si è osservata questa alterazione, ne troviamo cinque che hanno sofferti vomiti assai forti tanto al principio, quanto nel corso della malattia e fra di essi i soggetti delle osservazioni III e VII. Non pare, conforme questi fatti, che i vomiti siano più frequenti nel principio, nel corso o alla fine dell' affezione tifoide nei soggetti in cui osservasi il rammollimento gelatiniforme della mucosa dello stomaco che in quelli nei quali non se ne sono trovate tracce; è dunque impossibile di riferire i vomiti a sì fatta alterazione.

Se prendiamo ad esaminare gli altri sintomi che possono denotare uno stato patologico di questo viscere, perverremo sempre ai medesimi risultamenti; onde la sensibilità dell' epigastrio non è stata più forte nei casi in cui esisteva rammollimento che in quelli nei quali non esisteva. Da tutti i quali fatti concludiamo che i diversi stati patologici dello stomaco che si trovano dopo la morte, tanto l' iniezione, quanto il rammollimento, il colore di lavagna, o finalmente l' ingrossamento della mucosa nei soggetti morti per affezione tifoide, non si manifestano costantemente per un sintomo che possa farli conoscere, e che è impossibile dire, durante la vita di un malato e con qualche certezza, se si troverà nello stomaco una alterazione apprezzevole e quale sarà questa alterazione.

Le ricerche medesime fatte intorno ai rapporti che esistono tra le alterazioni dell'intestino, che da noi si sono discorse, ed i sintomi, durante la vita, ci porterebbero agli stessi risultamenti negativi.

Il soggetto dell'ultima osservazione è il solo in cui abbiamo al tempo medesimo trovato il rammollimento della mucosa dello stomaco e di una porzione dell'intestino. Se noi esaminiamo i sin-

tomi che hanno preceduto la morte, supponendo che questa lesione non siasi ingenerata che negli ultimi giorni, troviamo, nel giorno medesimo della morte, un aumento dell'agitazione, dei sussulti di tendini, e di altri fenomeni edinamici o atassici, che, senza dubbio, si possono, volendo, attribuire all'accrescimento dell'infiammazione gastro-intestinale, ma che più ragionevole sarebbe il considerarli come semplice effetto del corso della malattia quale per noi si è osservato in molti altri casi in cui non eravi analoga alterazione. Che che sia, anche quando si volesse supporre che questi gravi sintomi fossero stati prodotti dall'alterazione del tubo digestivo che abbiamo detta, siccome questi sintomi non sarebbero in sì fatto caso, che simpatici e potrebbero essere stati prodotti da qualunque altra lesione, non ne risulterebbe meno che una lesione così grave che occupasse insieme lo stomaco ed una parte della lunghezza degl'intestini gracili non si fosse manifestata per alcun segno che avesse potuto farla conoscere, e che non esista alcun sintomo che possa denotarne i diversi stati.

Passeremo ora ad esaminare un'altra alterazione delle mucosa intestinale di cui gli autori, che hanno fatto delle indagini intorno allo stesso soggetto, sonosi poco occupati, e che ci sarà forse più facile che per le lesioni precedenti connetterla con fenomeni morbosi.

Infiltramento sanguigno della membrana mucosa.

Nei soggetti delle osservazioni VII, X, XVI e XIX, abbiamo veduto esempi di questa alterazione, la quale dalla maggior parte degli osservatori è stata senza dubbio confusa nelle descrizioni che hanno fatte, col rossore della mucosa intestinale, ma da cui però differisce in quanto la grossezza della membrana mucosa è duplicata od anche triplicata, ed in quanto ha un aspetto gelatiniforme tutt'affatto particolare; si direbbe uno strato di gelatina nero o rosso o soltanto roseo, disteso alla superficie della mucosa, col suo aspetto lucido e tremulo. Sì fatta alterazione è prodotta dall'infiltramento di un fluido rosso nelle maglie della mucosa che ne induce l'ingrossamento apparente e le dà un colore lucido e come brillante. Se ne ha la prova se si passi, appoggiando con mediocre forza, il manico del coltello sulla superficie dell'intestino; nell'istante medesimo se ne vede uscire, pei pori della mucosa, un fluido più o meno rosso e qualche volta abbondantissimo, e questa stessa tunica riprende, al tempo medesimo, la sua grossezza, e qualche volte anche il suo colorito ordinario.

L'estensione nella quale ordinariamente questa alterazione esiste, varia tra i quattro pollici e i due o tre piedi. Ella è sempre continua, nè si presenta in forma di zona o soltanto nelle parti declivi; occupa egualmente tutto il contorno dell'intestino, nè vi si nota differenza alcuna, secondo che si esamina nelle parti che sono inferiori, od in quelle che occupano una positura relativamente superiore.

Il colore dei punti della mucosa in cui osservasi questa alterazione varia dal color rosa un poco carico fino al rosso nero. In quei casi nei quali il fluido infiltrato è color di rosa e trasparente si distinguono attraverso, e ad occhio nudo, dei piccioli vasi più coloriti numerosissimi, le cui estremità pare che vadano a terminare alla superficie della mucosa traversando uno strato trasparente.

Dei quarantadue malati che sono morti per febbre tifoide nella clinica, si è trovata questa alterazione in sette; due dei quali avevano sofferto emorragie intestinali conosciute prima che morissero (osservazione VII.); un terzo (osservazione X.) aveva espulso sangue per vomito; due altri (osservazione XVI.) avevano del sangue in quantità notabile nell'intestino gracile, e, finalmente in due non eravi che infiltramento sanguigno della mucosa, senza emorragia, tanto interna che esterna; ma per mezzo della compressione era facile, in questi casi come in tutti gli altri, di farne uscire un fluido che in alcuni punti aveva tutti i caratteri del sangue, e che in altri somigliava a sierosità fortemente tinta di rosso. Contuttociò non è cosa certa che in questi due soggetti non siano state espulse per l'ano, durante la vita, materie sanguinolenti; imperocchè sarebbe possibile che esse non fossero state avvertite come qualche volta deve accadere negli ospedali.

Giusta i quali fatti, pare a noi difficile il non riconoscer qui una connessione tra questa alterazione della mucosa e la presenza del sangue nell'intestino, e di non vedere in questa organica disposizione la lesione che accompagna la maggior parte delle emorragie intestinali; tra i quarantadue casi già citati, sei volte sono state osservate emorragie, tanto interne, quanto esterne, e tra questi sei soggetti in quattro è stato trovato l'infiltramento sanguigno della mucosa dell'intestino, e due sole volte non è stata rinvenuta sì fatta alterazione.

La questione delle emorragie delle mucose è una di quelle intorno alle quali le investigazioni degli anatomici patologi moderni hanno sparsa minor luce; la condizione anatomica delle mucose, mentre segue l'emorragia per esalazione, è poco conosciuta. Se, come noi opiniamo, giusta le allegate osservazioni, quest'infiltramento incontrasi nel maggior numero di quei casi nei quali evvi emorragia intestinale, egli è un importante fatto la cui cognizione potrà portare a qualche pratica indicazione. Le emorragie intestinali, che sono sì frequenti nella febbre tifoide, venivano ordinariamente attribuite alla rottura di alcuni vasi di assai considerabile calibro, pei progressi dell'esulcerazione. Contuttociò, quando si considerava la frequenza delle emorragie nasali ed anche di quelle che avvengono sotto la pelle, dovevasi naturalmente sentire inclinazione a dubitare della realtà della cagione alla quale comunalmente attribuivansi sì fatte emorragie intestinali ed a farle dipendere dalla medesima condizione delle altre emorragie sì frequenti nella medesima malattia. Come, per modo d'esempio, potrebbesi spiegare mediante i soli progressi dell'esulcerazione, l'emorragia intestinale interna del soggetto della XVI osservazione? D'onde sarebbero venuti i due o tre bicchieri di sangue che erano contenuti nel fine del digiuno e nel principio dell'ileo in Madard, non essendo in questo soggetto esulcerata alcuna delle chiazze dell'intestino gracile, ed essendo tutte, al contrario, per ritornare verso lo stato normale? Bisogna dunque ammettere un'altra condizione organica diversa dall'esulcerazione. Si fatta condizione noi crediamo di averla fatta conoscere.

Non verrà detto che questa lesione non sia che un effetto cadaverico, un semplice infiltramento meccanico prodotto dal contatto del sangue colla mucosa. Le seguenti ragioni non consentirebbero che si adottasse una simile spiegazione.

1.° Questa lesione non è stata unicamente incontrata nelle posizioni declivi, ell'è sempre continua e non trovasi interrutta in un punto, e ricomparisce poi più lungi; essa occupa tutto il contorno dell'intestino, circostanze tutte che non si accorderebbero con una origine cadaverica.

2.° Se quest'infiltramento fosse semplicemente meccanico, perchè il solo sangue avrebbe a godere della proprietà di produrlo, perchè non si avrebbero molto più frequentemente, per non dire costantemente, infiltramenti di sierosità, di bile, ec.?

3.° Noi abbiamo veduti più casi d'infiltramento rosso evidentemente dovuti ad una quantità di sangue molto più considerabile di quella che contiene la mucosa nel normale stato ed in cui trattanto non eranvi state nelle materie espulse per l'ano, nè nell'intestino materie colorite dal sangue.

Un motivo che medesimamente ci porta a pensare che quest'infiltramento colleghisi all'emorragia intestinale, si è che non è stato soltanto osservato nella febbre tifoide, ma in altre malattie eziandio, nelle quali aveva i medesimi caratteri e incontravasi in circostanze analoghe. Onde in quattro soggetti in cui s'incontrarono emorragie interne o che negli ultimi giorni mandarono fuori per la via dell'ano materie sanguinolenti, si trovò questa medesima alterazione.

Uno di cotesti soggetti era un giovine che morì per una peritonite acuta passata allo stato cronico e di cui tutte le viscere erano talmente e sì fortemente aderenti, tanto tra di loro, quanto colle pareti dell'addome, che restavano aperte e che bisognava impiegare una certa forza per cancellare la loro cavità, anche dopo averle aperte; onde difficilmente si comprendeva come avessero potuto essere prodotti i frequenti vomiti che avevano travagliato il soggetto nella lunga sua malattia. Verso la fine dell'intestino gracile eranvi due bicchieri circa di sangue nero, ed un poco al disopra vedevasi nella mucosa l'infiltramento che per noi si è de-

scritto, nella lunghezza di alcnni pollici ed in tutto il contorno dell'intestino.

Il secondo soggetto era una donna che morì di tisichezza acuta, e nel cui cadavere si trovò che nell'ileo spesseggiavano quelle esulcerazioni anulari descritte da Louis. Lo stomacu conteneva un fluido nerastro dove era impossibile di non vedere la presenza del sangue, ed il digiuno ne conteneva nna picciola quantità che aveva conservato i suoi fisici caratteri; nella corrispondente parte e per la lunghezza di otto o dieci pollici la mucosa era infiltrata, brillante, ed aveva due o tre volte la sua normale grossezza.

Il terzo soggetto era morto nella sala s. Maddalena, n.° 18 (divisione del professor Boullaud) di seguito ad una acuta affezione mal caratterizzata e complicata da fenomeni spasmodici straordinari che avevano sollecitata la sua morte; in esso non si osservarono evacuazioni alvine sanguinolenti durante la vita, nè fu trovato sangue libero negl' intestini; ma negli ultimi tre piedi della lunghezza dell' ileo l' infiltramento sanguigno della mucosa aveva dei caratteri sì distinti che noi vogliamo qui riportare i ricordi presi intorno a questa parte dell' osservazione. « In tutta la sua lunghezza l' intestino ha appena la metà del suo ordinario calibro; negli ultimi tre piedi della lunghezza dell' ileo trovansi prima di tutto, e dall' alto in basso, le villosità aventi un colore vinoso carico e dalle quali, lievemente comprimendo, usciva nero sangue; più lungi, e grado a grado, tutta la mucosa partecipa di quest' infiltramento sanguigno ed acquista una considerabile grossezza dovuta alla presenza del sangue infiltrato nelle sue maglie, ed in sì forte proporzione che basta scorrervi sopra lievemente il manico del coltello per farne scolare in gran copia che ha il colore rosso livido, Alla superficie, si vedono le villosità della mucosa che pare che nuotino in questo strato molle simili alla conferva dei ruscelli. Quando la compressione ha fatto uscire di un punto tutto il sangue che eravi contenuto, la mucosa riprende la normale sua grossezza, ma conserva un colore livido. »

L' istoria del quarto soggetto ci pare che sia di tale importanza che riputiamo ben fatto il riportarne qui tutt'intiera l' osservazione.

OSSERVAZIONE XXII.

Malattie anteriori; vomiti accidentali di sangue; itterizia di seguito a forte commozione morale; ritorno dell' ematemesi, diarrea. Morte nel termine di due mesi. Fegato divenuto come milza, scirroso; sangue fluido nello stomaco e negl' intestini; infiltramento della mucosa dell' ileo, colorito di lavagna di tutte le chiozze di Peyer.

La Touchard, nell' età di 30 anni, che lavorava di biancheria, dotata apparentemente di buona complessione, dice peraltro di essere stata sovente mente malata; ma la presente sua debolezza impedisce di poter ricavare da lei schiarimenti esatti e precisi intorno alle malattie che aveva precedentemente sofferto. Ott' anni sono ebbe un vomito di sangue ed emorragie intestinali che poscia sono più volte ricomparse. Verso il quindici settembre ultimo passato, di seguito a forte affaticarsi ebbe grande paura vedendo il cadavere di sua madre aperto sopra una tavola di anfitestro; essa divenne ad un tratto itterica e dipoi è stata sempre malata; ha avuto vomiti frequenti di sangue e di bile ogni due o tre giorni; ella entra nell' Hotel-Dieu ai 21 novembre 1831 sala s. Lazzaro n.° 10, dopo quindici giorni di diarrea e non essendole stata apprestata altra medicatura se non che due applicazioni di mignatte all'epigastrio.

Ai 22 novembre, color giallo della pelle notabilissimo, espressione di debolezza grande, ventre voluminosissimo, e questo aumento di volume, secondo che dice la malata, conta sette o otto mesi; di più percuotendolo rende suono fesso, ed è dolente in tutte le parti e particolarmente a destra. Contuttociò nell'addome non si distingue tumore alcuno apprezzevole, il fegato non fa notabile rialzo, non evvi infiltramento delle membra inferiori, e sono cinque mesi che la malata non ha avuto le regole e non sa se sia gravida.

Lingua secca, coperta, al pari dei denti, di un intonaco nerastro nella parte media, e trasversalmente screpolata, pelle fresca, polso frequente, picciolo, orina scarsa, densa di color carico. Continua

vigilia, sete ardente, mancanza di tosse; le pulsazioni del cuore sono forti.

Essa muore ai 24 senza che nel tempo in cui è stata nell'Hotel-Dieu sia stata osservate la natura delle evacuazioni alvine.

Esame del cadavere fatto trent'ore dopo la morte.

Abito generale. Colorito della pelle molto carico.

Cranio. Nel cervello nulla si trova di anormale.

Torace. Nel cuore, che pare più picciolo di quello che alla statura del soggetto si converrebbe, non evvi del resto nulla di anormale. Esternamente, vi si vede sopra alcuni punti una certa quantità di grasso. La pleura destra contiene due pinte di rosea sierosità. Il polmone di questo lato peraltro pare che abbia perduto il suo volume ordinario ed è leggiero.

Nella base del sinistro polmone trovasi un' antica aderenza, ma del resto non evvi altra alterazione. Nella pleura sinistra e nel pericardio non truvasi sierosità.

Addome. Sette o otto pinte di siero citrino sono nella cavità addominale. Il fegato più picciolo dell' ordinario, divenuto come milza, coperto di piccioli rigonfi, non sorpassa le false costole, esternamente è di color bianco lavagna, ed in dentro, di color giallo arancio misto di rosso; il color giallo scorgesi specialmente in picciole masse il cui volume varia da quello di un grano di miglio a quello di una fava, assai distinte in quasi tutti i punti benchè non siano trattanto encistiche, circondate da un tessuto roseo che si direbbe legamentoso; egli è molto più consistente del consueto; non lacerasi che con molta difficoltà, stride sotto il coltello che lo divide. La vescichetta è piena di liquido che pel suo colore e per la fluidità è assolutamente simile a melazzo. I vasi biliosi sono tutti liberi e dell' ordinaria larghezza.

Tutta l'esterna superficie dello stomaco è di color bruno lavagna come il fegato, eccettuatone solo un pollice in tutta la sua lunghezza, e da ciascun lato del grand' epiploon; questo spazio che ha l'ordinario colore pare quindi che non sia stato in contatto col fegato, mentre per la sua posizione pare che tutto il resto dell'organo detto abbia dovuto esservi per l'avanti; nell'interno trovasi la medesima disposizione di colorito. Egli contiene un poco di liquido il quale pure ha il medesimo colore, ma è da per tutto coperto di mucosità nerastra. Nel gran fondo cieco la mucosa è lievemente rammollita, ma non ha colore più carico. La linea di confine tra questi due colori nero e giallo è distintissima. Nulla di anormale trovasi nel duodeno e nel digiuno. L'ileo contiene una picciola quantità di fluido colorito di rosso carico per una notabile proporzione di sangue. All' altezza medesima trovasi la mucosa, per la lunghezza di dodici o quindici pollici circa, ingrossata con infiltramento di un fluido rosso che si fa scolare mediante la compressione.

Le glandule di Peyer tutte sono riconoscibili per tutto quanto sono lunghi il digiuno e l'ileo, al loro colore nero che forma una linea distinta col colore bianco grigio di una parte del resto dell'intestino; elleno non fanno nè rialzo nè mostrano alcuna altra condizione morbosa apprezzevole. Le glandule linfatiche hanno il volume ed il colore normale. Nella grossezza delle tuniche dei grossi intestini trovasi quell' infiltramento sieroso che alcuna volta si osserva nei soggetti che muoiono con un'ascite che da gran tempo li travaglia. Il peritoneo, che è opalino, ha in più punti una grossezza di una linea circa senza false membrane apprezzevoli. La milza ed i reni sono nello stato normale.

In questa osservazione sono più cose da esaminare; noi faremo solo avvertire brevemente quelle che sono estranie al soggetto di cui ora ci occupiamo; del qual nomero sono l'esistenza simultanea dell' itterizia subitamente sopravvenuta e sotto l'influenza di forte commozione dell' animo e della scirrosi del fegato la quale è probabile che esistesse anteriormente; il color grigio di lavagna che aveva lo stomaco in tutta la sua grossezza, ad eccezione della grande curvatura che non aveva potuto trovarsi in contatto col fegato; il colore lavagna nero delle glandule di Peyer in mezzo all' intestino di color giallo pallido. Questo fatto, per ciò che riguarda cotesta ultima circostanza, entra tra quelli di cui ultimamente parlavamo dove è probabile che in epoca

anteriore siavi stata un' affezione dei follicoli intestinali, ma senza esulcerazione, come nel soggetto della XVI osservazione.

Anche qui noi troviamo l'infiltramento sanguigno della mucosa collegato ad un interna emorragia; quale connessione potrebbesi osservare da una parte tra questa emorragia poco abbondante e dall'altra parte tra i vomiti di sangue, e le emorragie intestinali che la malata diceva di soffrire assai frequentemente da otto anni in poi? Noi non ardiremo di dire che la medesima alterazione fosse stata la cagione di queste emorragie, imperocchè ci mancherebbero le prove; ma ci basta di aver dimostrato per un numero assai considerabile di fatti che in molti casi l'emorragia intestinale collegasi ad un infiltramento sanguigno della mucosa dell'intestino e che se questa lesione non fa conoscere precisamente la causa di coteste emorragie, ci presenta almeno la condizione anatomica in forza della quale hanno esse il più delle volte avuto luogo.

Materie contenute negl'intestini. Le materie stercoracee sono quasi costantemente liquide, colorite di bile e mescolate a muco intestinale; esse per altro possono essere più sode, particolarmente quando il soggetto è venuto a morire verso la convalescenza; altre volte sono esse mescolate con sangue, allorquando poco tempo avanti la morte, sono avvenute emorragie intestinali. In alcuni casi eziandio trovasi negl'intestini puro sangue. Quindi, in una giovinetta che morì nel dodicesimo giorno, si trovò la fine dell'intestino gracile, il cieco, il colon ed il retto quasi completamente pieni di sangue che pareva puro, con questa circostanza particolare e degna di essere notata che quanto più osservavasi in distanza dalla sede presunta dell'emorragia, più egli era alterato; nell'ileo, era nero, ma non vi si osservava ancora alcun cambiamento importante nel suo aspetto; da quello che era contenuto nel cieco svolgevansi già alcune bolle di gas che andavano ad essere più numerose nel colon; finalmente nel retto era una vera sanie d'onde esalava una quantità prodigiosa di gas; questo sangue era trattenuto nell'intestino per tre o quattro cibale che, situate sopra lo sfintere dell'ano, chiudevano intieramente l'orifizio del retto. Non era a nostra notizia che la malata, avanti di morire, avesse espulse per la via dell'ano materie sanguinolente.

In alcuni soggetti si trovano dei vermini lombricoidi nelle differenti porzioni dell'intestino gracile; noi abbiamo di più veduto un malato affetto di febbre tifoide, espellere per la bocca tre di cotesti vermini che erano saliti senza vomito nè altri notabili fenomeni. In quanto poi ai tricocefali, essi incontransi quasi unicamente nel cieco. Allorchè si ricercano colla necessaria diligenza vi si trovano quasi costantemente.

Il meteorismo è sempre dovuto alla presenza dei gas negl'intestini. L'odore, che esalano questi gas denota assai che entra a far parte di essi una certa quantità d'idrogene solforato; in molti casi eziandio quest'ultimo evvi in tal copia che se fate un foro in un intestino e subito vi accostate un lume ne esce una fiamma luminosa di bel colore turchino.

In un certo numero di casi, trovansi qualche volta in un punto solo, altre volte in più luoghi dell'intestino gracile, invaginazioni più o meno estese, ma che non avendo dato luogo ad alcun sintomo particolare durante la vita del malato, nè trovandovisi aderenze tra le due lamine del peritoneo che sono in contatto, vuol dire che si sono formate dopo morte o nel tempo dell'agonia.

SEZIONE II.

LESIONE DELLA MILZA.

La milza è, dopo i follicoli intestinali, l'organo che trovasi più frequentemente alterato.

Alterazioni di volume. In quasi tutti i casi, la milza ha un volume più considerabile che nel normale stato. Qualche volta quest'aumento di grossezza è appena appena apprezzevole; altre volte equivale al doppio e al triplo al quadruplo e più ancora, del volume ordinario. Nella metà dei casi o circa, l'abbiamo trovata avente un volume doppio di quello che ha ordinariamente; in soli due casi questo volume era quadruplo.

Benchè il volume fosse generalmente più considerabile nei soggetti che erano morti nel più acuto periodo della malattia, e vale a dire avanti il ventesimo o il venticinquesimo giorno, ciò nonostante noi non abbiamo osservato differenza notabile tra il volume di quest'organo in quelli i quali sono morti nei primi giorni della malattia, ed il volume che aveva ad un'epoca un poco più avanzata; dopo il venticinquesimo giorno trovasi ordinariamente la milza meno voluminosa; noi l'abbiamo eziandio riscontrata, in un soggetto molto più picciola di quello che abitualmente soglia essere; l'abbiamo veduta, nella donna che è il soggetto della VII osservazione, e che morì verso il quarantesimo secondo giorno, essendo tre o quattro volte più grossa dell'ordinario suo volume, e nel soggetto dell'osservazione XIII, che morì dopo più di un mese di convalescenza, ella aveva ancora il doppio del suo normale volume; onde, benchè la milza e nel suo ingrossamento o nel suo diminuire di volume sia soggetta a quella medesima legge a cui sono soggetti i follicoli intestinali e le glandule mesenteriche, vediamo ciononostante esser qui qualche eccezione.

Alterazioni di consistenza. Io un certo numero di casi, la milza al tempo stesso che aumenta di volume, perde singolarmente della sua densità. Dieci volte, tra il già accennato numero, l'abbiamo trovata più o meno rammollita, e tre volte ell'era completamente stemperata; in questo stato l'abbiamo veduta nei soggetti delle osservazioni XIV, e XVII, morti nel tredicesimo e nel ventunesimo giorno della malattia, ed in altro morto nel giorno ventesimo settimo. Il rammollimento della milza non appartiene dunque ad un'epoca precisa della malattia; e neppure è da attribuirsi, come si potrebbe credere, ad una vasta suppurazione prodotta dall'esoleerazione delle chiazze, imperocchè nel soggetto della XII osservazione, niuno dei follicoli isolati che soli erano alterati, era ancora esulcerato. In altri casi, invece di essere rammollita ha un grado di consistenza che raramente vi s'incontra nello stato sano, così nel soggetto della XIII osservazione, la cui milza aveva un volume doppio dell'ordinario, ell'era al tempo medesimo secchissima e pareva che non contenesse sangue. La quale ultima modificazione osservasi ordinariamente dopo il trentesimo giorno e quando gli altri organi ritornano verso lo stato normale.

Alterazioni di colore. Nè nel colore della milza s'incontrano minori varietà che nel volume e nella consistenza, ma non si possono riferire ad alcuna altra condizione, sia di tempo, sia di volume, sia di consistenza, esse non sono che di poco interesse.

Tutte queste differenti alterazioni, tanto di consistenza, quanto di volume, o di colore, non si collegano ad alcun sintomo particolare, nè ad alcuna forma dell'affezione tifoide; e siccome sono elleno molto più frequenti in questa malattia che in alcuna altra, come già era stato dimostrato dalle investigazioni di Louis egli è chiaro che esse appartengono all'affezione tifoide medesima, benchè non si possa spiegare per quale misteriosa connessione di lesioni sì diverse s'incontrino in questa malattia.

SEZIONE III.

LESIONI DEL FEGATO.

La sola lesione di quest'organo che incontrasi assai frequentemente nell'affezione tifoide ed in modo da fissare specialmente l'attenzione, si è il rammollimento. In un certo numero di casi il suo tessuto offre una resistenza minore di quella che ha nello stato ordinario quantunque sia pur sempre assai considerabile. In altri, il rammollimento è maggiore; il dito facilmente penetra nel suo interno. Noi nè abbiamo veduto un esempio nel soggetto dell'osservazione XVIII. Louis dice di aver notato un apprezzevole rammollimento del fegato nella metà circa dei casi.

In alcuni casi similmente è stata notata un'alterazione di colore che ordinariamente era più roseo; ma sì fatti casi essendo rarissimi, non si può questa alterazione considerare come appartenente in ispeciale maniera alla febbre tifoide.

Il rammollimento del fegato, al pari di quello della milza, è ordinariamente accompagnato dal rammollimento di altri organi e da quelli eziandio che sono più importanti alla vita. In questa circostanza troviamo una prova che sì fatta altera-

zione non è effetto dell'infiammazione; avvegnachè difficile sarebbe comprendere come tanti organi importanti potessero essere contemporaneamente infiammati senza che la vita andasse ad estinguersi nell'istante. Tale circostanza serve esiandio a spiegare, almeno in parte, come queste differenti lesioni non si appalesino durante la vita per mezzo di ciascun sintomo particolare.

SEZIONE IV.

LESIONI DELL'APPARECCHIO CIRCOLATORIO.

Noi dovremmo studiare in primo luogo le lesioni del cuore e dei vasi, e passare inseguito alle alterazioni del sangue trovate nei cadaveri; ma per maggior facilità seguiteremo l'ordine opposto.

Alterazioni del sangue. Le alterazioni che si osservano in questo fluido dopo la morte sono assai differenti da quelle che ordinariamente s'incontrano dopo altre malattie, talchè meritano particolare attenzione. Per lo più il sangue è nero, affatto stemperato; rarissimamente trovasi qualche coagulo fibrinoso, poco voluminoso nel cuore, e più di rado ancora negli altri vasi sanguigni. Altre volte il sangue, senza essere affatto stemperato, si trova nel cuore o nell'aorta sotto forma di coaguli neri, ben diversi da quelli che si trovano nei cadaveri delle persone morte di altre acute affezioni. La mancanza della fibrina nel sangue dei soggetti che muoiono per affezione tifoide è la più notabile e forse la più importante modificazione tra tutte quelle che osserviamo in questo fluido; ell'è perfettamente d'accordo con ciò che abbiamo notato nel sangue cavato per la vena durante la malattia. Tra trenta casi nei quali lo stato del sangue contenuto nel cuore e nei grossi vasi è stato con diligenza notato truviamo:

Grumi fibrinosi, piccioli, rari in	6 casi
Grumi neri, quasi tutti consistenti.	9
Sangue nero fluido.	15
	30

Eravi dunque mancanza completa di grumi fibrinosi nei quattro quinti dei casi, ed ancora due soggetti nei quali sono stati trovati, aperto il cadavre, grumi fibrinosi nel cuore avevano presentato una flemmazia acuta sopravvenuta come complicazione dell'affezione primitiva; e sono i soggetti delle osservazioni X e XII, i quali morirono uno di peritonite venuta in conseguenza del perforamento degl'intestini, l'altro per cagione di erisipela della faccia. In tutti quei casi nei quali sonosi trovati cotesti grumi fibrinosi erano essi per lo più molto meno voluminosi di quello che siano nella maggior parte delle altre circostanze.

Altra alterazione che qualche volta, ma più di rado, osservasi nel sangue dei soggetti che sono morti d'affezione tifoide, si è lo sviluppamento di una quantità più o meno considerabile di gas per entro ai vasi sanguigni e specialmente dentro alle vene. Se in qualche soggetto mettasi allo scoperto una grossa vena in un punto nel quale essa non riceve branche, si osservano qualche volta alcune bolle di gas che facilissimamente si fanno scorrere e si scorgono attraverso delle membrane sottili e quasi trasparenti di questi vasi. In sì fatti casi che per questo lato si assomigliano a quelli nei quali gl'individui soccombono di asfissia prodotta da gas mefitici contenuti nelle latrine, o muoiono per affezioni carbonchiose, nel sangue si notano similmente segni di avanzata scomposizione; alcuna volta somiglia la feccia del caffè a cui sia mescolato un liquido oleoso che tendesse a separarsene.

È in quei casi in cui il sangue presenta, dopo la morte, segni non dubbi di scomposizione che si sono più soventemente osservate durante la vita le larghe macchie turchiniccie simili a quelle che nascono dallo scorbuto o da forte contusione ed anche le petecchie, o quelle picciole macchie che hanno tanta analogia colle morsicature di pulci e che sono egualmente dovute ad un infiltramento sanguigno nel tessuto stesso della pelle, mentre nelle larghe macchie turchiniccie il sangue è ordinariamente infiltrato nei tessuti sucutanei; egli è probabile che allora queste alterazioni del sangue e la tendenza alla scomposizione già esistano durante la vita.

Tra i casi di questo genere, ci pare che il seguente ne porga un esempio notabile di sì fatto stato.

OSSERVAZIONE XXIII. (1)

Cefalalgia, diarrea, prostrazione, stupore, sangue dei salassi stemperato. Morte nel ventiquattresimo giorno dello malattia. Chiozze a foggia di favo, esulcerate; gonfiore delle glandule mesenteriche; sangue nero e fluido in tutti gli organi, infiltrato in più luoghi.

La Duminet, di diciott'anni, serva, e che da tre anni abitava in Parigi, bene regolata ed ordinariamente di buona salute, viene presa, verso il 12 dicembre, da disagiatezza con cefalalgia, febbre e perdita d' appetito; questi sintomi vanno aumentando; vi si aggiunge la diarrea la quale non dura che due soli giorni, di poi la tosse; non potendo più lavorare, entra nella sala s. Lazzaro n.° 3, dove si trova nello stato seguente.

Decimo sesto giorno della malattia. Grassezza considerabile, faccia iniettata, apparenza di ebetudine, movimenti lenti, è difficile il far parlare la malata benchè questa conservi il pieno conoscimento, la bocca è cattiva, la testa dolente, frequente la tosse, l' epigastrio sensibilissimo comprimendolo, il polso è accelerato, pieno, ma senza resistenza, leggiera costipazione, nel petto e nell' addome nulla osservasi di notabile. (*Ipecacuana 25 grani, acqua gommosa, mezzo bagno*). La malata, dopo aver vomitato, dice di star meglio; all' indomani tossiva meno, la compressione sull' epigastrio era più dolorosa, peraltro la tosse torna bentosto colla dispnea; tutti i sintomi si aggravano.

Nel ventesimo giorno, la malata dice di soffrir molto nel petto, la dispnea è molto notabile, mancanza di spurghi e di crepito, il polso è forte e pieno. (*Salasso di due scodellette*).

Nel ventunesimo giorno, il sangue del salasso è coperto di cotenna grigiastra, marezzata, ma al di sotto non forma coagulo e resta stemperato, senza separazione della sierosità.

Lo stato della malata continua ad aggravarsi, la dispnea persiste sempre, l'addome è divenuto dolentissimo per lo che la fatica prodotta dalla tosse viene ad essere molto aumentata, una sola evacuazione di materia stercoracea soda ha luogo nello spazio di ventiquattr' ore; la lingua è bianca, senza rossore, ma coperta di liquido viscoso, la bocca pastosa ed amara, il polso è frequente non grande. (*Un salasso di due scodellette, ed in seguito un grano d' emetico in molto acqua*).

Nel sangue del salasso osservasi come la prima volta una cotenna grigiastra, sottilissima, sotto la quale si trova essere senza coesione e fluido.

Alla sera viene praticato un terzo salasso (egualmente di due scodellette), ed è ancora più stemperato delle due volte precedenti, ma senza cotenna alla sua superficie; la malata ha vomitato più volte e non si è trovata alleviata.

Nel ventesimosecondo giorno, la bocca è pastosa più che mai, la lingua, del tutto secca, non può essere spinta fuori della bocca; lo stupore è gravissimo; la malata non più lamentasi di dolori all'epigastrio, nè all'addome; evacuazioni liquide involontarie; il polso batte 130 volte, è duro, ma non resistente.

Nel ventesimo terzo giorno, l'inferma ha molto delirato pel corso della notte; la dispnea è fortissima; decubito dorsale; dall'inferma non si può ricavare quasi alcuno schiarimento, e solo lagnasi di dolore di testa, la pelle resta aridissima; l'addome affatto indolente; la bocca è sempre pastosa; la lingua secca e screpolata alla sua superficie; meteorismo.

Al ventiquattresimo giorno, continua il medesimo stato, ma il coma vigile è più forte, il polso più frequente, irregolare; la pelle è secca e acre al tatto; la fisonomia è colorita; la malata lamentasi sempre di male di testa; le evacuazioni continuano involontarie; l'addome è teso a sonoro.

Nel ventesimo quinto giorno, stupore ed insieme delirio, polso vivace, irregolare, 160 pulsazioni; respirazione frequentissima, sempre difficile; le evacuazioni alvine si mantengono liquide, ma scarse.

La malata muore dopo alcune ore di coma.

Apertura del cadavere fatta trentasei ore dopo la morte.

Abito esterno. Il sistema adiposo si è

(1) *Gazzetta medica, vol. 1, p. 34*, 1830.

conservato ridondante; su i due cubiti si osservano delle ecchimosi che prolungansi dalla parte media del medesimi fino ai tagli dei salassi, la tensione dell'addome è cessata.

Cranio. Il cervello presenta più sodezza nei lobi posteriori che negli anteriori i quali peraltro non sono rammolliti. Le meningi che coprono questi ultimi sono di color rosso vivace, più notabile in certi punti ed il quale è dovuto ad un lieve trasudamento o esalazione sanguigna, senza sierosità, senza rammollimento.

Torace. Tutto il lobo posteriore del destro polmone trovasi epatizzato al primo grado e s'incontrano alcune vestigia di false membrane recenti nella pleura, ma senza effusione. Il polmone sinistro è perfettamente sano.

Il cuore, assai fortemente ipertrofico a sinistra, senza dilatazione nè ristringimento della sua cavità, non contiene in ambedue i lati che nero e liquido sangue, senza il minimo coagulo. L'aorta pare un poco stretta in tutta la sua estensione, senza alcun segno di alterazione.

Addome. L'incisione perpendicolarmente praticata all'asse del corpo, sulla pareti intestinali mette allo scoperto larghi infiltramenti di nero sangue e fluido, tanto nell'interno dei muscoli addominali quanto tra i muscoli ed il peritoneo. Pare che lo stomaco sia in istato sano; nella mucosa, per tutto bianca, non osservasi che un lieve grado di rammollimento nel gran fondo cieco. Nulla di anormale trovasi nel duodeno e nel digiuno. L'ileo è vuoto affatto; esso è inticramente approfondito nel picciolo bacino, e la mucosa ha in parecchi punti della sua lunghezza un colore rosso vinoso carico, senza altra alterazione nei tre quarti superiori; quando arrivasi nei diciotto o venti pollici del termine si vedono quattro o cinque esulcerazioni a varie distanze, picciolissime, penetranti fino al peritoneo che, in questo punto, ha preso un color bianco particulare, anche all'esterno, il che è indizio di prossimo perforamento. Nelle vicinanze di coteste esulcerazioni non si distingue alcuna glandula di Peyer, neppure allo stato normale; ma a sette o otto pollici del cieco se ne vedono due o tre formanti un lieve rialzo, senza altra alterazione della mucosa che le copre eccetto il colorito rosso vinoso di cui si è parlato ed il quale non è più carico al disopra delle chiasze che nelle vicinanze. Contuttociò, in una di esse vedesi ad una delle sue estremità un'escara larga quanto una moneta da dieci soldi, che in parte è tuttavia attaccata ed in parte ne è distaccata, ma non fino al peritoneo come le precedenti. I grossi intestini contengono dei gas, tra i quali l'idrogeno solforato è preponderante.

Le glandule mesenteriche che corrispondono alla fine degl'intestini gracili sono voluminose, rosse, ma non rammollite. Il fegato è più rosso che nel normale stato ed un poco rammollito; la milza, voluminosa, è anch'essa lievemente rammollita.

Questa osservazione ci porge un esempio notabile dall'esulcerazione delle tuniche intestinali che è sul punto di terminare in perforamento; il denudamento del peritoneo ed il colore che aveva nei punti in cui si fatte ulcere esistevano denota un perforamento imminente pel quale il malato sarebbe probabilmente andato a morire più tardi. Potrebbesi qui similmente domandare se con questo stato del peritoneo ridotto alla sua più sottile lamina, fosse tuttora possibile la cicatrizzazione delle ulcere delle quali egli solo formava il fondo, per discutere una tale questione ne mancano i fatti necessarj; ma tutte le probabilità ne pare che stiano contro alla possibilità di questa cicatrizzazione; è il tessuto sottomucoso od il tessuto sottosieroso che soli possono provvedere alla produzione dei bottoni carnosi indispensabili per la formazione di una cicatrice, e qui non esisteva se non una sottilissima lamina del peritoneo.

Anche qui noi troviamo (*Vedi* le osservazioni XV, e XIX) un esempio di febbre tifoide con stitichezza per la maggior parte del tempo che ha durato la malattia; solo nel ventesimo secondo giorno, e vale a dire due giorni soltanto avanti la morte, ha avuto principio la diarrea la quale fu quasi di seguito involontaria; contuttociò le esulcerazioni che già avevano penetrato fino al peritoneo, dovevano necessariamente avere avuto un più remoto principio e benissimo concordavano con quanto la ma-

lata aveva raccontato intorno all' epoca nella quale cominciò la malattia; questo fatto ci somministra similmente una prova di ciò che crediamo di avere dimostrato più sopra, cioè che lo stato patologico ed anche la profonda esulcerazione della mucosa dell' intestino gracile non induce necessariamente la diarrea; quanto al rossore livido di quella parte d' intestino che era approfondita nel picciolo bacino, questa posizione ci impedisce di annettervi grande importanza. Contuttociò faremo avvertire che il color carico e livido era molto più distinto in questo caso di quello che sia nella maggior parte delle circostanze analoghe e non era limitato agli intestini; trovavasi meno forte, egli è vero, nella maggior parte degli altri organi, ed esso probabilmente dipendeva dallo stato di fluidità del sangue osservato mentre durava la vita o dopo la morte, al pari che questi larghi infiltramenti sanguigni che si sono trovati in più punti e che richiamavano alla memoria quelli che trovansi nei soggetti che muoiono per scorbuto. È peraltro raro che questo stato del sangue sia sì notabile. Questo caso ed un altro presso a poco simile sono i soli, tra quarantadue, in cui l'alterazione del sangue sia giunta a tale grado.

Alterazioni di consistenza.

In gran numero di casi abbiamo trovata la consistenza delle pareti del cuore notabilmente diminuita; in nessuno ci è paruta che fosse aumentata. Qualche volta il rammollimento è sì notabile che la sostanza muscolosa del cuore rompesi colla massima facilità tra le dita e per via di moderata pressione; in altri casi è difficile giudicare se abbiavi rammollimento. Comunalmente questa diminuzione di consistenza del tessuto muscolare del cuore coincide col rammollimento della milza, del fegato, ec.

In alcuni casi in cui la consistenza del cuore non è cangiata per modo che le fibre si lacerino in forza di lieve compressione, dessa ha sofferto altra modificazione non meno notabile; è una tale flaccidità, una tale mollezza del suo tessuto, che le pareti si divallano e le cavità sono cancellate come seguirebbe di un semplice sacco membranoso; qualche volta questa flaccidità esiste sola, senza rammollimento, in quella medesima maniera, il che per altro accade più di rado, che osservasi il rammollimento senza flaccidità.

Di trenta casi nei quali la consistenza del cuore è stata notata diligentemente, troviamo che eravi:

Rammollimento leggiero e scolorimento di tutto il tessuto in.	4 casi
Rammollimento e scolorimento del ventricolo sinistro soltanto. .	3
Scolorimento senza rammollimento	1
Flaccidità senza rammollimento	7
Stato normale.	15
	30

Questo rammollimento e questa flaccidità del tessuto del cuore sonosi specialmente osservati nei soggetti che sono morti poco tempo dopo lo avolgimento della malattia. Contuttociò uno di quelli nei quali si è osservato era arrivato al quarantacinquesimo giorno. La flaccidità e lo stato normale si incontravano specialmente in quelli che non morivano se non ad un' epoca più lontana; ma anche questa regola pativa numerose eccezioni.

Alterazioni di colore.

Nel colore dell' interna membrana del cuore sonosi osservato notabili variazioni e le quali alcuna volta non erano in ambedue i lati le medesime. In alcuni il naturale rossore era più vivace, in altri più carico e meno livido; per lo più la membrana interna era quasi scolorita, e specialmente in quei casi nei quali eravi rammollimento. In nessun caso sonosi incontrati in questa membrana i caratteri propri dell' infiammazione; quindi mai vi abbiamo trovato pus nè false membrane e l'aspetto granelloso che sono i soli indizi incontrovertibili del processo infiammatorio.

Quanto poi al rossore uniforme della membrana interna del cuore o dei grossi vasi che è stato considerato come il segno di flemmazia di questi organi ed a cui è stata attribuita la febbre infiammatoria, vanamente si è per noi ricercato nella maggior parte dei casi. In alcuni

la membrana interna del cuore sola aveva un colorito assai vivace, mentre quella dell'aorta e dei grossi tronchi arteriosi aveva conservato la normale sua bianchezza. Il solo, tra i quarantadue soggetti, che sia morto in forza di accidenti infiammatorii notabilissimi, ed avanti che le lesioni che inducono l'adinamia, secondo l'opinione che qui combattismo, ad un'epoca più avanzata, avessero potuto fare sparire quello che dovevano cagionare la febbre infiammatoria, si è quello della osservazione I. Vi abbiamo bensì osservato un rossore assai vivace in tutte le cavità del cuore, ma questo colorito cessava all'origine dell'aorta in cui, al pari che nei grossi tronchi arteriosi, nulla osservasi di anormale nè in quanto al colore, nè in quanto alla grossezza. Più volte, egli è vero, noi abbiamo trovata la interna membrana dell'aorta avente un color rosso anormale, ma i caratteri di questo rossore erano ben lontani dall'accennare che egli fosse infiammatorio. In nessun caso era egli l'effetto dell'iniezione capillare e pareva piuttosto dovuto ad una tintura, ad un'imbibizione della più fluida materia del sangue. Noi non l'abbiamo veduto occupare tutta la superficie dell'aorta e delle arterie dove caso colore trovavasi, ma non vi si vedeva che a chiazze o piuttosto a strisce e mai era accompagnato a notabile ingrossamento. Qualche volta pezzi di questi vasi posti a macerare perdevano il colore rosso nello spazio di 24 o 36 ore, altre volte lo conservavano molto più a lungo; finalmente in tutti quei casi in cui si fatto colore rosso esisteva, era nell'aorta una piccola quantità di sangue nero e fluido, e ci è quasi sempre paruto che il colore della membrana di cotesti vasi fosse in rapporto collo stato di putrescenza del sangue che secolei trovavasi in contatto.

Simili risultamenti sono confermati dalle ricerche fatte da Trousseau e Rigot intorno al colorito delle arterie e delle vene dei cavalli (1) e per le quali sono venuti in chiaro che cotesti colorimenti sono sempre cadaverici e si collegano alla putrida scomposizione del sangue. I nominati sperimentatori hanno veduto che un pezzo d'aorta bianco e senza alterazione immerso nel sangue di alcuni cavalli soprattutto di quelli che erano morti per malattie carbonchiose o pestilenziali, prendeva il colore, dopo qualche minuto di immersione, di rosa vivace. Al tempo medesimo eglino sonosi assicurati, per via di esperienze fatte sopra cavalli viventi, che l'arterie sottoposte all'azione di liquidi irritanti, stropicciate colle dita, legate con fili, lacerate, non si infiammavano che con grandissima difficoltà.

È dunque per noi affatto verosimile che cotesti rossori, tanto estesi, quanto limitati che si osservano nell'aorta e noi grossi tronchi arteriosi, non nascono dall'infiammazione di questi vasi.

Ammetteremo noi insieme con altri patologi che lo stato di flaccidità e di rammollimento del cuore che abbiamo sì spesso incontrato in questa malattia fosse effetto dell'infiammazione di quest'organo? Ma sì fatta opinione non è fortificata da alcuna prova positiva. Ecco in poche parole i motivi che ci impediscono di adottarla:

1.° In nessun caso la sostanza del cuore si è da noi trovata coi veri caratteri dell'infiammazione; onde nella maggior parte dei soggetti il colorito rosso, invece di essere aumentato, era al contrario considerabilmente diminuito; la carne del cuore era scolorita ed alcuna volta più pallida della carne di bove lessa. Era evidente che il sangue che il cuore avea ricevuto negli ultimi periodi della vita, o era divenuto poco ristorativo od era arrivato in minor quantità che nelle ordinarie circostanze. Queste condizioni appartengono elleno all'infiammazione?

2.° Siccome per lo più il rammollimento del cuore esiste in sì fatti casi insieme al rammollimento della milza, del fegato e di altri organi, se questa alterazione fosse infiammatoria ne seguirebbe che il medesimo individuo potrebbe avere al tempo stesso un'alterazione dei follicoli intestinali più o meno estesa, e tre quattro infiammazioni d'organi al pari importanti o al pari voluminosi del fegato, della milza, del cuore, del cervello, ec. Queste conseguenze alle quali ci condurrebbe l'opinione che qui combattiamo, sono talmente opposte a tutto ciò che noi sappiamo dell'infiammazione, che crediamo non aver bisogno

(1) *Archivi generali di medicina*, 11.° 13.° e 14.° *vol.*

di trattenerei a discorrerne più a lungo, ed amiamo meglio di dire che, nell' attuale stato della scienza, la causa che governa sì fatti rammollimenti ci è interamente sconosciuta.

SEZIONE V.

LESIONI DELL' APPARECCHIO RESPIRATORE.

Le alterazioni di quest'apparecchio variano a seconda degli organi nei quali si prende ad esaminare.

Nell'epiglottide incontrasi alcuna volta l'edema, altre volte vi si osservano delle esulcerazioni con denudamento delle cartilagini. In ventidue casi nei quali quest' organo è stato diligentemente esaminato, tre volte vi abbiamo trovato quest'ultima alterazione. L' abbiamo veduta nel soggetto dell'osservazione VIII denudata nella sua estremità e la mucosa distaccata per una grande superficie, facente una foggia di prepozio. In un altro caso ella presentava nella sua faccia anteriore o inferiore tre piccole ulcere che penetravano fino alla cartilagine.

L'apertura superiore della laringe e la laringe medesima sono in alcuni casi la sede di esulcerazioni analoghe a quelle che abbiamo già osservate in un gran numero d'organi; queste esulcerazioni sono più o meno profonde ed occupano differenti punti. In un solo caso ne abbiamo osservato un notabile esempio.

OSSERVAZIONE XXIV.

Dimora recente in Parigi; otto giorni di preludi. Cefalalgia, vigilia, prostrazione, convalescenza, sintomi di infiammazione della laringe. Morte nel trentunesimo giorno. Chiazze color lavagna; ulcere cicatrizzate; ascessi flemmonosi nella grossezza della laringe.

Certo Leonard, garzone di bottega di un venditore di vino, nel trentunesimo anno dell'età, che da diciotto mesi abitava in Parigi, di non forte complessione, dice di non essere stato malato che una sola volta di una squinanzia diciotto mesi addietro. Al principiare del novembre 1831 soffrì, per lo spazio di otto giorni, di disagio con senso di debolezza, ed in seguito forte dolore di testa con vigilia, stordimento, molta sete, calore alla pelle, dolori nell'ipogastrio, evacuazioni alvine liquide e frequenti. Cinque o sei giorni dopo l'invasione, epistassi; la cefalalgia diminuisce, ma la sete ed il calore continuano, la debolezza aumenta ed il malato viene posto a letto nella sala s. Maddalena, n.° 21, ai 23 novembre 1831, dopo dodici giorni di malattia.

Il tredicesimo giorno, prostrazione senza stupore, cefalalgia meno forte di quello che è stato, vigilia quasi completa con alcuni momenti di assopimenti e sogni che non apportano riposo al malato; stordimenti quando si mette a sedere sul letto; linguo imperfettamente umida, rossa nella ponta la quale direbbesi spogliata del suo epitelio, bianca nella sua base, dolori passeggieri nel basso ventre, non sensibilità comprimendolo; due egestioni liquide nel corso di ventiquattr'ore; non meteorismo. Sulle parti del ventre che non sono pelose si vede un piccol numero di macchie rosee picciolissime e poco apparenti; la respirazione è libera, il polso da 84 battiti. (*Salasso di ott'once, soluzione di siroppo di gomma, mezzo lavativo ammolliente, dieta*).

Nei giorni seguenti questo stato continua con pochi cambiamenti; la cefalalgia va lentamente diminuendo; le macchie rosee divengono e più larghe e più numerose; la voce del malato si fa alcun poco velata; contuttociò gli accidenti gravi, la vigilia, la diarrea poco a poco si calmano, la prostrazione diminuisce, ed il malato stava assolutamente meglio, cominciava già a prendere qualche alimento ed il quarto della porzione, ma continuava la tosse e la voce si manteneva velota quando:

Nel venticinquesimo giorno, lagnasi di forte dolore alla gola, scorgesi del rossore intorno all'apertura delle fauci; la compressione verso l'angolo della mascella è un poco dolorosa; la pelle è più calda ed il polso più frequente del giorno innanzi.

Al ventesimo settimo giorno il dolore della gola va aumentando come anche la febbre, il malato ingoia molto a stento; la compressione su tutta la parte superiore del collo, anteriormente e su i

lati è dolorosissima, tutte le fauci hanno un colorito rosso accesissimo, il respiro è un poco difficile, vengono attaccate venti mignatte intorno alla gola.

Ventinovesimo giorno, il malato non può ingoiare che a picciolissimi sorsi e con molto sforzo. Quando continua questi sforzi per alcuni istanti, presto comincia a sentire nausee e sopravviene perfino il vomito; il polso è piccolo e frequentissimo, la pelle calda e secca, la faccia del malato esprime il senso di fieri patimenti. Venti mignatte nuovamente attaccate non apportano miglioramento alcuno; la dispnea aumenta considerabilmente; le forze scadono con rapidità, il polso si fa straordinariamente frequente, da 140 a 160; i lineamenti sono scomposti, ed il malato muore nel trentesimo giorno, dopo aver provato una specie di remissione dei dolori forti della gola, ed aver conservato l'intelletto fino all'estremo momento.

Apertura del cadavere fatta trentasei ore dopo la morte.

Cranio. Nel cervello e nelle sue membrane nulla trovasi di normale.

Torace. Polmoni sani nella lor parte anteriore, ma posteriormente e nei tre quarti di loro estensione, intasamento con principio, in alcuni luoghi, di epatizzazione rossa; nel polmone destro inoltre si notano alcuni punti di rammollimento, i bronchi sono rossi e ripieni in parte di liquido schiumoso. La laringe internamente pare sana, ma a destra, al disopra delle corde vocali, scorgesi un bottone bianco della larghezza di due linee rassomigliante ad una pustula e pieno di pus che scola dopo l'incisione, una trentina di punti simili più piccioli senza cerchio infiammatorio o areola si veggiono all'intorno, due o tre occupano la faccia posteriore o faringea dell'epiglottide, gli altri sono sparsi alla parte inferiore della faringe, tanto sulla membrana che tappezza la superior parte della laringe, quanto su quella che copre la cartilagine tiroide. Nessuno se ne trova sulla membrana posteriore della faringe, essi sono tutti uniti intorno alla glottide, i più lontani alla distanza di un sol pollice, tutti i quali bottoni bianchi sono piccioli ascessi sottomucosi molto circonscritti, e dove nulla si osserva che ne mostri l'origine follicolosa. Non se ne trovano sul davanti dell'epiglottide, ma tutti sono su i lati o indietro. La membrana che forma la glottide indietro è di color rosso vivace, ed in ciascun lato, partendo alla distanza di due linee dalla parte media e posteriore, vedesi un'esulcerazione che sale quasi fino all'epiglottide seguitando i due margini della glottide. Queste due esulcerazioni sono del tutto simili l'una all'altra, poco larghe, ma profonde e penetrano presso a poco per un mezzo pollice nel tessuto cellulare che trovasi al di sotto.

Trovasi similmente un accesso grosso quanto una picciola nocciuola nel tessuto cellulare tra la cartilagine tiroide, la glottide e l'osso ioide, ma soltanto a sinistra ed in fuori dalla base della lingua; sul destro margine dell'epiglottide è ivi pure un'esulcerazione di quattro o cinque linee di lunghezza, poco profonda, grigiastra, con rammollimento della vicina mucosa o piuttosto del tessuto sottomucoso imperocchè ella staccasi facilissimamente.

Addome. Nell'esofago nulla incontrasi di anormale. Lo stomaco ha l'ordinaria capacità, esso non contiene materia liquida; la sua mucosa è bianca senza assottigliamento, nè ingrossamento, nè rammollimento apprezzevole in alcun punto. Il duodeno, il digiuno ed il principio dell'ileo sembrano sani; ma negli ultimi due piedi e mezzo di quest'ultimo si vedono cinque o sei chiazze ellittiche di colore lavagna, che occupano lo spazio in cui si trovano le glandule di Peyer, senza rammollimento, nè alcuna altra modificazione della mucosa che la copre, dal colore infuori; per altro sull'ultima che circonda la valvula ileo cecale la mucosa presenta delle depressioni di forme differenti, ma dove facilmente si scorgono vestigia di antiche ulcere negli orli rovesciati, quasi senza rialzo ed il fondo depresso, e coperto quindi di una membrana lucida, ma molto più fine di quella che copre gli orli. Alla superficie di questa larga chiazza distinguonsi così tre ulcere cicatrizzate e di cui la più grande non aveva nel suo maggior diametro che cinque o sei linee d'estensione; il colorito del fondo è meno carico in tutte e tre che sul resto della chiazza.

Le glandule mesenteriche sono più voluminose che nel normale stato; desse sono nere o color lavagna in quasi tutta la lunghezza dell'intestino ileo.

La milza ha una volta e mezzo il suo ordinario volume senza altra alterazione; il fegato, la vescichetta, e tutti gli altri organi sembrano nello stato sano.

Noi qui osserviamo due maniere differenti di terminare dell'alterazione dei follicoli; sulle chiazze più vicine alla valvula troviamo i caratteri non dubbi della cicatrizzazione delle ulcere, l'origine delle quali risale senza dubbio al principio della malattia e che come nella maggior parte dei casi, si trovavano alla fine dell'intestino gracile. Le chiazze più lontane che erano certamente state sede di una più grave alterazione di quella che vi si osservava al momento della morte, come dimostravalo il loro colorito di lavagna, eran già, in quanto alla consistenza e alla grossezza, completamente ritornate al normale stato.

Troviamo qui una circostanza che non abbiamo ancora accennata, benche già più volte sia essa occorsa alla nostra osservazione, ed è che quantunque vi siano state parecchie esulcerazioni in questo soggetto alla fine dell'intestino gracile nessuna di esse per altro aveva invasa una chiazza tutta intiera. Onde la disorganizzazione era stata poco profonda e poco estesa, e trattanto non si può dubitare che gran numero di chiazze fossero state ingorgate, imperocchè le glandule mesenteriche erano tuttora alterate in tutta la lunghezza dell'intestino gracile; in essa di più si osservava quel colorito di lavagna e quella sodezza che noi abbiamo considerate come denotanti il ritorno verso il normale stato.

La sola malattia che Leonard avesse sofferto, fino all'epoca in cui venne preso dall'affezione tifoide, era una squinanzia gravissima, di seguito alla quale la voce era restata velata; e contuttociò, aperto il cadavere, non abbiamo trovato cosa alcuna che ricordasse l'esistenza, tanto di una laringite cronica, quanto di qualche altra cronica affezione degli organi della voce. Tutte le alterazioni trovate intorno alla laringe si riferivano agli ultimi accidenti che egli aveva sofferto, e ci porgono un esempio di quelle laringiti acutissime e con suppurazione che ordinariamente portano a morte il malato in trentasei o quarantott'ore, nonostante l'uso dei più validi rimedi. È probabile che se il soggetto non fosse stato precedentemente indebolito da un' affezione così grave come la febbre tifoide, questa seconda malattia sarebbe terminata più prestamente e non avrebbe durato nove giorni per quanto attivi fossero stati i rimedi che si potessero mettere in pratica.

Questa specie di pustole, sì numerose intorno all' orifizio della laringe, e che rassomigliano ai bottoni che qualche volta si osservano alla base della lingua, nei soggetti che muoiono d'idrofobia, si erano elleno sviluppate nei follicoli? Nulla il dimostra; al contrario la mancanza di rossore o degli altri segni d'infiammazione nelle parti dalle quali elleno s' innalzavano pare che indichi che si dovessero piuttosto ravvicinare a quei piccioli ascessi che frequentemente si trovano nelle vicinanze delle grandi suppurazioni, ma di cui lo stato delle parti, sulle quali trovansi situate, non può spiegarne la formazione. Si chiamerebbero volentieri col nome di ascessi metastatici se non fossero così vicine alla parte malata dalla quale pare che abbiano avuto origine. Egli è facile comprendere quale debba essere la gravezza di una sì considerabile suppurazione in organi tanto delicati e sì poco estesi.

Alterazioni dei polmoni. Queste alterazioni sono numerose, ma non hanno un carattere unico e che possa modificare l' andamento della malattia in una maniera costante; quelle che più frequentemente s'incontrano non sopravvengono che negli ultimi giorni; tale è l'intasamento il quale è il preludio della morte. A misura che le forze del malato diminuiscono, le leggi fisiche riprendono il loro dominio, i fluidi si accumulano nelle parti declivi ed inducono un intasamento che è soprattutto notabile nei polmoni, dove costantemente occupa la parte posteriore ed inferiore. In un certo numero di casi cotesto intasamento è accompagnato da notabile rammollimento ed il quale dà agio al dito di penetrare con grande facilità nel tessuto che ne è la sede; in alcuni altri casi, ma meno numerosi, non è più una semplice congestione dipendente dallo stagnamento dei fluidi, ma vi si trovano tutti i caratteri della pneumonite di primo o secondo grado, e, in questi casi, non è raro che si siano osservati degli spurghi rossi; per lo più, quando si pratica l'ascoltazione tutti i giorni e con diligenza, si sente un crepito sottile ed asciutto che somministra la prova essere venuta una pneumonite a complicare la primitiva affezione.

Qualche volta cotesta pneumonite è limitata ad alcuni lobuli del polmone (*pneumonia lobulare*), ed allora essa si presenta per lo più allo stato di suppurazione ed ha tutti i caratteri attribuiti alla pneumonia metastatica di cui noi abbiamo veduto un esempio nel soggetto dell' osservazione XI che morì di peritonite. Tre volte è a noi occorso di osservare questa pneumonite lobulare in soggetti morti di febbre tifoide, e dei quali uno era stato preso, negli ultimi giorni della sua esistenza, da erisipela alla faccia. In altri soggetti, la pneumonia non è limitata soltanto ad alcuni lobuli, ella occupava un lobo tutt' intiero. In questi casi è raro che il soggetto non muoia avanti che la suppurazione sia sopravvenuta. In talune circostanze, osservasi uno stato enfisematoso o edematoso di differenti parti dei polmoni, e finalmente, in altri casi, una più o meno considerabile effusione pleuritica; ma queste diverse alterazioni non hanno che una remota connessione colla febbre tifoide, e ci pare piuttosto che dipendano dallo stato di debolezza in cui trovasi il malato, stato di debolezza che accresce la suscettività ad essere impressionato dalle cause morbose. In effetto si fatte specie di complicazione mal si osservano quando il malato va a morire poco tempo dopo il principio della malattia tifoide, ma solo quando la morte sopravviene ad un'epoca più lontana.

Nei bronchi si osservano medesimamente delle varietà assai notabili di colore; generalmente essi sono rossi, qualche volta violetti, e questo colorito diviene ordinariamente più carico a misura che ci accostiamo alle ultime loro divisioni; essi contengono pure delle mucosità che ricordano gli spurghi che sono stati espulsi dai malati durante la vita. Ecco la tavola dello stato dei polmoni nei quarantadue soggetti:

Intasamento solo o con rammollimento in	18 casi
Epatizzazione al primo grado.	3
Epatizzazione al secondo grado e da un solo lato	2
Pneumonite lobulare	3
Enfisema.	2
Edema.	2
Effusione pleurica.	2
Stato normale.	10
	42

SEZIONE VI.

ALTERAZIONE DELL' ENCEFALO E DEI SUOI ANNESSI.

Chi non crederebbe, vedendo il notatabile perturbamento che osservasi nelle funzioni del cervello nella febbre tifoide e che soventemente sorpassa in gravezza quello di tutti gli altri apparecchi, che in quest' organo si avessero a trovare le più gravi e più importanti alterazioni? È trattanto è uno di quelli nei quali le alterazioni sono più rare, od almeno quello in cui sono meno percepibili. Il delirio che è sì frequente nella febbre tifoide che trovasi in più della metà dei soggetti che muoiono per questa affezione, non traducesi, per lo più, nel cervello, per alcuna apprezzevole lesione. Trovansi, egli è vero, in un certo numero di casi due condizioni di quest'organo che mostrano un notabile deviamento da ciò che comunalmente chiamasi stato normale cioè: l'edema delle meningi, e l'impronta d'arena del cervello; ma siccome coteste condizioni s'incontrano similmente spesso in que' casi nel quali non v'è stato alcun perturbamento delle funzioni encefaliche quanto in quelli nei quali si fatta perturbazione è stata osservata, e sono frequenti nelle altre malattie quanto nell'affezione tifoide, non se ne può trarre alcuna induzione.

Alterazioni delle meningi. La sola notabile alterazione che incontrisi in queste membrane, si è uno stato di infiltramento sieroso della pia madre e dell'aracnoide; cotest'infiltramento occupa per lo più le parti che ricoprono gli emisferi, ma altre volte trovasi eziandio verso la base. La presenza del fluido, infiltrato nelle maglie di queste membrane, toglie ad esse in parte la trasparenza, che poi riacquistano quando si fa uscire il liquido con qualche precauzione.

Qualche volta osservasi una congestione notabile di queste membrane, ma esaminando con qualche attenzione, si viene ordinariamente a conoscere che essa non ha luogo che nel sistema venoso, i cui grossi tronchi sono fortemente distesi. In alcuni casi, questa congestione può giungere a tale che ne esca sangue che trovasi stravasato nel tessuto delle meningi; così, nel soggetto dell'osservazione XVIII, morto al diciottesimo giorno della malattia e in cui durante il

corso della malattia medesima non si erano osservati altri perturbamenti di funzioni intellettuali ed encefaliche eccetto la cefalalgia ed un'ostinata vigilia, si trovò un'edema delle meningi notabilissimo alla superficie degli emisferi; la pia madre era fortemente iniettata; eravi stravasamento di sangue in una larga superficie, su i due lati di quasti medesimi emisferi, e picciola quantità di sangue erasi anche accumulata verso la base dei lobi anteriori.

Alterazioni del cervello. Quest'organo è anche più raramente alterato delle meningi; spessissimo egli è vero trovasi lievemente punteggiato, ma siccome risulta dalle indagini di Louis e dalle nostre proprie che questa lesione trovasi indistintamente nei più diversi stati e nella maggior parte delle acute affezioni, egli è chiaro che non può dipendere che da una fugacissima causa, che probabilmente non agisce che negli ultimi istanti della vita e che se questa lesione ha indotto alcuni particolari sintomi, essi sono si confosi cogli ultimi fenomeni della vita, che il medico non può che rarissimamente osservare.

Altrettanto diremo di un lieve grado di rammollimento che qualche volta presenta quest'organo in tutte le sue parti e che ci pare che debba essere ravvicinato, per questo rapporto, al rammollimento degli altri organi che da noi si è già ricordato come assai frequente nell'affezione che si discorre, quello della milza, del cuore, del fegato, ec., ec.

In alcuni casi finalmente il cervello sembra più sodo di quello che sia nel normale stato; ma sì fatta alterazione, se però può dirsi alterazione, non si riferisce, al pari delle altre, ad alcuna epoca della malattia. Ecco la tavola rappresentante le lesioni del cervello trovate nei 38 casi nei quali lo stato di quest'organo è stato diligentemente notato.

Iniezione delle meningi in . .	4 casi
Edema delle meningi	7
Rammollimento generale lieve.	6
Effusione di sierosità nei ventricoli che varia per la quantità da un cucchiaio da caffè ad un cucchiaio grande	12
Stato sabbioso della sostanza cerebrale.	5
Densità anormale.	2
Stato normale.	15
	51

SEZIONE VII.

ENFISEMA.

Avanti di metter termine a discorrere di ciò che riguarda lo studio delle lesioni anatomiche che si trovano nei soggetti che morirono per affezione tifoide, dobbiamo alcun poco intrattenerci a parlare di un particolare stato il quale non osservasi che raramente, ma che quando occorre all'osservazione, attira fortemente a sè l'attenzione; è l'enfisema che vedesi manifestare spontaneamente sul cadavere di coloro che morirono dell'affezione tifoide.

Se quest' enfisema non si manifestasse che lungo tempo dopo la morte, non ne dovrebbe essere qui parlato; ma siccome si è veduto sopravvenire poche ore dopo la morte ed allorchè in altri cadaveri che si trovavano assolutamente nelle medesime circostanze nulla osservavasi di simile, è permesso di credere che la natura della malattia di cui i soggetti erano morti, collegata senza dubbio ad altre sconosciute cagioni, non fosse punto estrania alla sobitanea produzione di una quantità grande di gas nell'economia, o per parlare in una più precisa maniera, alla rapidità della scomposizione del cadavere, di cui lo sviluppamento dei gas o l'enfisema cadaverico non è che uno dei primi fenomeni. Per due motivi siamo noi indotti ad adottare quest' opinione; il primo è che la febbre tifoide è una di quelle malattie in cui più frequentemente osservasi quest' enfisema. Onde, nel corso di sei anni, non ci è occorso di osservarlo che due sole volte grandissimamente sviluppato nelle sale della clinica dell' Hotel-Dieu, ed i due soggetti erano morti per affezione tifoide. Contuttociò, in qualche altro genere di morte si può osservare un'effetto analogo; quindi incontrasi costantemente di seguito all' asfissia prodotta dai gas che svolgonsi dalle latrine, e frequentemente dopo le malattie carbonchiose e pestilenziali; ma pare che più spesso si osservi dopo l'affezione tifoide, che di seguito ad altre acute malattie il cui ingenerarsi è spontaneo.

Il secondo motivo che ci porta ad adottare la detta opinione si è che anche in molti soggetti morti di questa malat-

tia nei quali non vedesi ancora l'enfisema ben distinto, trovasi ciononostante un principio di scomposizione la quale è tuttavia poco avanzata; la qual cosa è molto più rara nella maggior parte delle altre affezioni.

Che che sia di questa opinione, non è nientemeno un fatto singolarissimo il veder sopravvenire subito dopo la morte ed alcuna volta eziandio negli ultimi momenti della vita, sì fatti fenomeni di scomposizione, che nella maggior parte dei casi, non hanno luogo che dopo un più lungo spazio di tempo. Noi prendiamo a riportare uno dei fatti osservati nelle sale della clinica.

OSSERVAZIONE XXV. (1)

Grande stanchezza morale e fisica in occasione della politica perturbazione del luglio 1830. *Adinamia notabilissima. Morte nel decimo o nel dodicesimo giorno. Chiazze a foggia di favo nell' intestino gracile; enorme tumefazione di tutti gli organi.*

Certo Barrie, bigiottiere a Marsiglia, robustissimo, ben costituito, avea sempre goduto di ottima salute, quando, venendo a sapere gli avvenimenti di Parigi del luglio 1830, e ignorando quale ne fosse stato l' esito, subitamente insieme con altri giovani, determinasi di correre colà in aiuto della parte cittadina ove bisogno ne fosse. Il suo partire è preceduto da grave affaticarsi; egli si mette in via in cattive vetture e nel secondo o terzo giorno viene preso da violenta cefalalgia seguita tosto da febbre fortissima e da diarrea; contuttociò non volendo fermarsi, nè tornare in dietro, continua il cammino ed arriva malatissimo a Parigi. Per tre giorni viene curato in una casa dal dottor Pichon, il quale gli fa attaccare delle mignatte all' ano e dietro le orecchie ed ordina dei lavativi ammollienti.

Ai 20 agosto entra nell'Hotel-Dieu, sala s. Maddalena, n.° 27, dove al suo arrivo presentava fortissimo stupore, senza delirio; la lingua era secca e le labbra fuliginose; sul petto e sull'addome erano numerose macchie tifoidi ed in oltre vedevasi su queste parti e sulle membra larghe macchie simili a quelle che si osservano negli scorbutici; il polso era debole e frequente; l'addome dolente comprimendolo e meteorizzato; la diarrea continuava ma poco frequente. Il praticante di guardia gli cavò sangue, nel qual sangue non osservavasi all'indomani che un coagulo grosso e poco solido senza cotenna, e la cui inferior porzione diffluente confondevasi con picciola quantità di sierosità rossastra che trovavasi al fondo del vaso.

All'indomani mattina non eravi quasi alcun cangiamento, se non che era quasi impossibile far parlare il malato: egli peraltro lamentavasi tuttora del dolore che cagionavali la compressione dell'addome il quale era goofissimo. Nella sera del 21 il medesimo praticante fa attaccare quaranta mignatte sull' addome di questo malato, il quale poi muore nella giornata dei 22.

Esame del cadavere fatto quaranta due ore dopo la morte in tempo saoissimo ed in cui in nessuno dei numerosi cadaveri che comtemporaneamente erano nella stanza mortuaria dell'Hotel-Dieu non osservavasi cosa alcuna di straordinario.

Abito generale. Enfisema enorme che prendeva tutte le parti del corpo indistintamente, ad eccezione soltanto del palmo delle mani e della pianta dei piedi; la tensione di tutte le parti è grandissima; il corpo percosso con un bastone risuona come quello degli animali gonfiato per staccarne la pelle; nel volto appena appena si distinguono le vestigia della faccia umana; gli occhi escono dalle orbite; il colore del cadavere è simile a quello che hanno i cadaveri degli annegati quando già la putrefazione è avanzata; la verga è nello stato di erezione avvicinata alle pareti addominali. Un'incisione fatta su i corpi cavernosi fa subitamente sparire questo stato di tensione.

Tutti i muscoli del corpo sono pallidi, scoloriti e crepitanti sotto la pressione; essi sono evidentemente più voluminosi che nel normale stato.

Cranio. Il cervello e le sue membrane sono esangui e non vi si scorge alcun segno di flemmasia; ma il cervello è rammollito per modo che non si può estrar-

(1) *Raccolta nelle sale del professor Recamier.*

ra dal cranio; esso forma col cervelletto una massa putredinosa d'onde si svolgono bolle gassose, e nel cui interno trovansi cellule che fanno parere che sia stato tagliato affatto diversamente dalla consueta manicra.

Apparecchio della circolazione. Il cuore è rammollito in tutte le sue parti, scolorito e simile a carne cotta; la sua sostanza, stretta fra le dita, crepita come sarebbe il polmone c non contiene sangue, ma gas che ne distende le cavità.

Il sangue è fluido in tutte le parti; nella vena crurale trovasi un liquido trasparente, grassoso, un poco giallastro, che tiene in sospensione della materia rossastra come di color vinoso, si direbbe tabacco sospeso nell'olio; gas in grandissima copia esce dalla vena quando si comprime; se ne fa uscire grande quantità comprimendola al basso della coscia. Il medesimo fenomeno osservasi in tutte le vene, ma non però nelle arterie.

Torace. Ambedue i polmoni sono molto crepitanti, nè vi si trova altra alterazione che un rammollimento generale e molto avanzato cd un poco di congestione nella parte posteriore.

Addome. Lo stomaco e gl'intestini sono enormemente dilatati da gas; il primo non contiene una goccia di liquido; la sua mucosa ha per tutta l'estensione, la consistenza e la grossezza normale; quella del duodeno c del digiuno ha un colorito roseo generale, e che diviene più carico nell'ileo dove si trovano dodici chiazze a foggia di favo ellittiche, protuberanti per una linea o una linea e mezzo, e tanto più notabili quanto si esaminano più da vicino alla valvula ileo-cecale. Alla loro superficie, la mucosa non differisce da quella che le separa; in nessuna osservasi esulcerazione. Le glandule mesenteriche sono grosse, rammollite, rosse in dentro c crepitanti. Nei grossi intestini nulla trovasi di anormale.

Il fegato è lievementa crepitante cd ha esternamente un colore di lavagna più distinto verso il suo orlo inferiore e penetrante tutta la sua sostanza, benchè a minor grado; un pezzo di quest'organo stretto fra le dita manda un crepito simile a quello dei polmoni.

La milza, grossa quanto il destro polmone, è bilobata, a rende un crepito di grosse bolle; essa non è soltanto rammollita, ma è ripiena di una materia fluida che rassomiglia a feccia di vino, meno scomposta del sangue delle vene.

I reni sono similmente rammolliti e crepitanti.

La tunica vaginale è talmente distesa dall'aria, che gettandola a terra rimbalza più volte come farebbe una palla di gomma elastica.

Se si fosse fatta l'analisi dei gas che si erano formati in tutti gli organi, è probabile che si sarebbe trovato che essi non differivano da quelli che si svolgono in analoghe circostanze, ma in un'epoca più lontana dalla morte.

Si potrebbe credere che non alla scomposizione sia dovuta la produzione di sì enorme quantità di gas, imperocchè ve ne erano molti anche in luoghi dove non trovasi questo liquido dopo la morte, c le vene dove era tuttora in assai notabile quantità contenevano minor copia di fluidi gassosi di quello che ne contenessero gli altri organi dove la presenza del sangue non era apprezzevole.

ARTICOLO TERZO

CAUSE DELLA FEBBRE TIFOIDE.

Le cagioni della febbre tifoide sono involte di foltissima oscurità; noi conosciamo bensì alcune delle circostanze in forza delle quali ella s'ingenera con notabile preferenza, ma la causa determinante, quella la cui immediata azione la produce, resta, nello stato attuale della scienza, occulta a tutte le nostre investigazioni.

Nè questa oscurità che involge la causa determinante è particolare dell'affezione tifoide; ritrovasi nello studio della maggior parte delle interne malattie e per questa parte egli è vero il dire che viene generalmente adottata con troppa bontà la serie delle cagioni alle quali sono stata attribuite le malattie, e che si trova essere quasi sempre le medesime per le affezioni le più differenti. Se noi prendiamo per esempio l'infiammazione dei polmoni, una delle più conosciute malattie, troveremo la massima oscurità intorno alle cagioni che possono produrla. La sola cosa certa che noi conosciamo intorno all'etiologia della pneumonite, si è che ella è più frequente nelle fredde stagioni; fuori di questo tutto è ipotesi. Tutto

giorno si attribuisce all' azione diretta del freddo subitaneo sull' economia; ma la medesima circostanza è ben lungi da produrre costantemente il medesimo effetto. Mille volte lo stesso individuo che oggi viene preso da pneumonite in forza di subitaneo raffreddamento ha già sofferto più forte freddo ed in circostanze presso a poco analoghe e trattanto fino a qui la medesima cagione non aveva mai prodotto cotesto effetto.

Quello che qui diciamo della pneumonite potremo ripeterlo di tutte le altre flemmazie, solo eccettuando quelle che vengono prodotte da esterni agenti. Onde inutilmente cercheremo noi di conoscere la causa che, nella maggior parte dei casi, determina colla immediata sua azione una erisipela, una pleurisia o una peritonite spontanea. Noi conosciamo bensì alcune delle condizioni sotto la cui influenza queste malattie appariscono; ma quelle che le determinano in una efficace maniera ci restano costantemente occulte.

Onde, per questo conto, la febbre tifoide non vuole essere separata dalla maggiore parte delle malattie dette interne. Evvi per altro questa differenza tra l'affezione tifoide ed alcune delle flemmazie colle quali ora ne facciamo confronto, ed è che si può produrre ad arte una pleurisia od una pericardite iniettando nella pleura o nel pericardio un liquido irritante il quale determinerà, colla sua azione, l' infiammazione di sì fatte membrane. Altrettanto si dirà pure della pneumonite che può essere prodotta per una meccanica irritazione esercitata sull'organo della respirazione, mentre che, nel presente stato della scienza, non si potrebbe a piacimento produrre in un dato individuo l' alterazione delle glandule di Peyer.

Una sola causa produttrice viene da alcuni medici assegnata alla febbre tifoide ed è la contagione; ma essa non viene generalmente ammessa; e siccome il mezzo di trasmissione, anche secondo l'opinione di quei patologici che ammettono la contagione dell' affezione tifoide ci resta sempre occulto, siccome inoltre l' oscurità che involge la causa produttrice primitiva è sempre la medesima, o si ammetta o si neghi la contagione, noi non ignoreremmo meno la natura di questa causa e la maniera con cui agisce.

SEZIONE I.

CAUSE OCCASIONALI.

Le cagioni secondarie, occasionali e predisponenti dell' affezione tifoide sono state soggetto di particolari ricerche e le quali hanno somministrato dati assai positivi. Per questo stesso rapporto l'etiologia dell' affezione tifoide presenta, siccome si vedrà, minore incertezza di quella di molte altre acute malattie.

Troppo spesso peraltro nella ricerca delle cagioni, si è tenuto dietro ad idee teoriche anzichè alla severa osservazione; nella maggior parte dei casi si è cominciato dallo stabilire la natura della malattia, la cognizione delle cause veniva inseguito, ed esse erano una conseguenza dei principj precedentemente fermati e da cui si svolgevano sorie di cagioni che variavano secondo l'opinione che era stata adottata intorno alla natura della malattia. Onde coloro i quali attribuivano tutte le febbri ad una putrida alterazione degli umori, ad uno stato di adinamia dell'organismo, dovettero necessariamente ammettere tutte le circostanze debilitanti o quelle che favoriscono la putrescenza come disponenti l' economia all'affezione tifoide. La miseria, la penoria, le intempestive cavate di sangue, le abbondanti emorragie, le fatiche del corpo, i dispiaceri sono adunque stati ammessi come cagioni che agissero su gl'infelici riuniti in luoghi male aereati, nei soggetti che vivono in case ingombre di molte persone, e sono stati successivamente considerati come predisponenti singolarmente alle febbri lo stare nelle navi pei marinari, nelle caserme pei soldati e negli ospedali per coloro che studiano la medicina. Quanto a questi ultimi per altro noi faremo avvertire che il trattenersi che essi fanno negli ospedali non può venir considerato come causa predisponente alla febbre tifoide a cui sono sì soggetti nel cominciare dei loro studj, imperocchè il più spesso vengono presi da queste malattie nel primo anno dalla loro dimora in Parigi, mentre essi non cominciano ad applicarsi con ardore allo studio clinico che nel terzo anno.

Ma un fatto più singolare ancora, relativamente alla naturale direzione degli

spiriti o che ci prova quanto sia grande il potere delle idee teoriche, si è l'errore nel quale sono caduti coloro i quali hanno considerato le persone avanzate in età come più predisposte dei giovani alla febbri adinamiche, mentre è chiaramente dimostrato che mai si osservano nei vecchi. Cotesti patologi, considerando le febbri come prodotte dalla debolezza, erano stati indotti a concludere a *priori* che elleno fossero più frequenti nei vecchi.

Un sì fatto errore non si può spiegare che ritornando colla mente all'epoca nella quale è stato commesso; l'anatomia patologica non era ancor venuta a far conoscere le differenze che esistono tra i fenomeni adinamici che si osservano nella maggior parte delle malattie dei vecchi e quelli che appartengono alle febbri; ma da poichè i progressi dell'anatomia patologica hanno dimostrato che la maggior parte delle affezioni dei vecchi che si consideravano come febbri adinamiche sono prodotte da infiammazioni che per l'addietro passavano trascurate, e che la lesione caratteristica di sì fatte febbri mai incontrasi nei vecchi, egli è divenuto chiaro che la vecchiezza, anzi che essere una predisposizione a coteste febbri, è al contrario una condizione che quasi infallibilmente ne renda esenti.

Dalla lor parte i medici fisiologi, partendo dall'idea che tutte le malattie febbrili fossero infiammazioni del tubo digestivo, hanno dovuto necessariamente considerare come cause di febbri continue tutte le condizioni che supponevano dovere irritare le vie digestive. Onde i traviamenti di regime, le modificazioni apportate nel vitto delle persone che vengono ad abitare le grandi città dove generalmente esso vitto è più copioso e più lauto che nelle campagne, l'uso di bevande fermentate o massimamente dei liquori alcoolici, l'uso dei vomitivi, dei purganti e di tutti gli stimolanti delle vie digestive venivano da essi considerati siccome cagioni che fortemente predisponessero alle febbri, e sovente ancora bastassero a produrle.

La tavola seguente ricavata da 115 casi di febbre tifoide nei quali lo stato dell'intelletto del malato ha permesso di prendere delle notizie esatte intorno alle cagioni alle quali potevasi attribuire la loro malattia, va a mostrarci quanto siano false le idee comunalmente ammesse intorno all'etiologia dell'affezione di cui si discorre.

Gli schiarimenti presi, tanto dagl'infermi, quanto dalle persone che venivano a visitarli, quanto finalmente alle loro case dove a bella posta si recavano i praticanti, onde rendere compiuta la cognizione degli antecedenti che soventi volte sono a noi sconosciuti, ne somministrano i dati segnenti:

5 soggetti hanno attribuita la loro malattia alla subitanea impressione del freddo mentre regnava fortissimo caldo.
5 alla mancanza o alla cattiva qualità del vitto.
4 ad affezioni morali triste.
5 all'indebolimento prodotto da malattie anteriori.
3 all'aziono di un purgante preso per indisposizione.
1 ad abusi di liquori alcoolici.
6 ad eccessiva fatica, a lavori maggiori delle forze dei soggetti.
2 a forte commozione fisica.
1 ad una forte insolazione.
5 hanno presentato circostanze favorevoli alla contagione.
79 non hanno incolpato alcuna apprezzevolo cagione.
115

Onde, in un numero così considerabile di malati, ve ne ha appena uno tra quattro che abbia attribuito il suo male a qualche cagione un poco energica. Da far soprattutto maraviglia si è il gran numero di casi in cui la malattia potrebbe essere attribuita all'irritazione delle vie intestinali; tre soli soggetti, al principio della loro malattia, avevano preso dei purganti; ma non è dimostrato punto che i purganti siano stati quelli che hanno determinato lo svolgimento della malattia tifoide, anzi pare a noi molto più probabile che l'indisposizione per la quale i soggetti presero i purganti non fosse che il preludio o forse anche il principio dell'affezione tifoide. Non sarà inutile di far qui avvertito che essendo stati i più antichi di questi casi osservati nel principio del 1828 si deve credere che tutti i fatti siano stati diligentemente esaminati per la parte delle cagioni morbose la cui azione portasi più specialmente sul

canale digestivo, poichè a quell'epoca l'attenzione delle menti era tuttavia rivolta quasi esclusivamente a quella parte.

Se facciamo paragone di questa tavola con quella delle pneumoniti osservate nella clinica in numero presso a poco eguale e durante il medesimo spazio di tempo, avremo ancora una nuova prova della poca influenza delle circostanze che si considerano come importanti nello studio dell'etiologia delle malattie da interne cagioni. Tra 137 pneumoniti o pleuro-pneumoniti intorno alle quali abbiamo potuto avere delle notizie che si posson considerare come esatte troviamo prima di tutto che.

117 soggetti erano affetti da pneumonia per la prima volta.
20 ne erano già stati attaccati una o più volte.

In secondo luogo troviamo per le altre circostanze che

28 hanno raccontato di esserne stati presi sotto l'influenza di freddo subitaneo mentre regnava forte caldo.
24 di seguito a catarro polmonare.
6 dopo violenta fatica, ma senza aver sofferto raffreddamento.
4 di seguito ad abusi di liquori alcoolici.
3 donne sotto l'influenza di una amenorrea.
1 sotto l'influenza dello stato puerperale.
1 di seguito a percosse e contusioni.
68 senza apprezzevole cagione.

Il confronto tra questa tavola a quella che precede farà apparire dei punti interessanti per l'etiologia della malattia di cui ci stiamo occupando.

In primo luogo faremo notare quanto picciolo sia, risguardo all'opinione generalmente ricevuta, il numero delle pneumoniti che si possono attribuire all'azione del freddo, e quanto sia al contrario, considerabile quello dei casi nei quali è stato impossibile ritrovare l'azione di una causa apprezzevole. Contuttociò è difficile, anche considerando questa tavola, di non riconoscere nell'etiologia delle pneumonite l'azione di alcune cause occasionali che non si rinviene nell'affezione tifoide; onde la cifra 28 indicante il numero dei soggetti che hanno attribuito la pneumonite di che soffrivano all'azione del freddo che avevali subitaneamente sorpresi mentre erano fortemente riscaldati, è troppo grande per considerare questa coincidenza come un semplice effetto del caso, nè si può dubitare che il freddo abbia qui avuto una certa parte nella malattia. Nella tavola della febbre tifoide non troviamo alcuna cifra numerica assai elevata da poterne trarre la medesima induzione.

Un importante oggetto di paragone tra queste due affezioni lo troviamo ancora nell'influenza delle affezioni antecedenti. Onde troviamo che la presenza del catarro polmonare era stata in venti dei pneumoniei una cagione predisponente ed energica; nulla di simile troviamo nei soggetti attaccati di febbre tifoide; tutti, ad eccezione di dieci, godevano perfetta salute al momento in cui si sono ammalati, e di più per la maggior parte di essi era la prima volta che si trovavano costretti a restarsi in letto. Se da noi si paragoni l'età dei soggetti attaccati da queste due affezioni, vedremo che la febbre tifoide non colpisce che persone giovani, mentre la pneumonite prende indistintamente tutte le età.

Nell'etiologia della febbre tifoide havvi evidentemente una qualche cosa di particolare che non ritrovasi in quella delle flemmazie fra le quali si è voluta classificare; imperocchè il paragone che abbiamo fatto tra questa affezione e la pneumonite ci avrebbe somministrato risultamenti analoghi se avessimo preso, invece dell'infiammazione del polmone, la peritonite o tutt'altra affezione appartenente all'ordine delle flemmazie spontanee.

Finalmente l'ultima differenza che noi noteremo si è il numero considerabile dei soggetti che già erano stati affetti di pneumonite almeno una volta ed alcuni dei quali dicevano di esserne attaccati per la decima e dodicesima volta. Nella febbre tifoide, al contrario, malgrado la diligenza colla quale sempre sono stati interrogati gl'infermi intorno a questo punto, nessuno vi è fra i centotrenta che sono stati ricevuti nella clinica attaccati di questa affezione, di cui il racconto delle cose accadute abbia fatto presumere che già fosse stato attaccato da questa malattia; al contrario i più di essi assicu-

ravano essere la prima volta che cadevano malati.

Da tutti i quali fatti concludiamo che esiste una differenza notabile, per riguardo alle cause occasionali predisponenti, fra l'affezione tifoide e le flemmazie.

Sonovi, indipendentemente dalle differenze ora ricordate, alcune condizioni nelle quali l'affezione tifoide manifestasi e che sono del tutto particolari a questa malattia; lo studio di sì fatte condizioni è une dei punti più importanti ed insieme il più positivo dell'etiologia dell'affezione tifoide. Noi le andremo successivamente esaminando, cominciando dall'età della quale già abbiamo sommariamente parlato.

L'ETÀ.

L'esame dell'età in cui svilnppasi, nelle ordinarie circostanze, la febbre tifoide, ci somministra una delle condizioni che più invariabilmente s'incontrano nello studio di cotesta malattia.

La tavola seguente ci farà conoscere quale fosse l'età dei 117 malati che sono stati ricevuti nella clinica attaccati d'affezione tifoide e nei quali è stata con diligenza notata.

8 avevane	tra i 15 e i 18 anni.
25	tra i 18 e i 2e
36	tra i 20 c i 25
30	tra i 25 e i 30
9	tra i 30 e i 35
3	tra i 33 e i 40
5	tra i 4e e i 50
1	52

Se noi confrontiamo questa somma coi risultamenti ottenuti da Louis e da alcuni altri osservatori intorno a questo punto importante, conosceremo che il più comunalmente questa malattia attacca dall'età di 18 anni fino ai trenta, che raramente si osserva al di là dei quarant'anni, e che forse non è stato veduto ancora alcun caso in cui il malato fosse di età maggiore di cinquant'anni.

In quanto agli anni che precedeno quelli accennati in questa tavola, i risultamenti ottenuti nelle sale della clinica ed osservati da Louis nell'ospedale della Carità non ci possono somministrare dato alcuno intorno al numero proporzionale dei soggetti che ne sono stati presi a questa età, poichè i malati che non hanno ancora compiuti i quindici anni sono tutti portati all'ospedale dei bambini; ma noi non crediamo d'ingannarci dicendo che un tal numero vada continuamente diminuendo fine all'età di dieci anni, prima dei quali pare che i ragazzi non vengano che rarissimamente presi dall'affezione che si discorre.

La febbre tifoide adunque è più frequente in quel periodo della vita in cui più sono sviluppate le forze. Per lo che si comprende in quale errore siano caduti quei patelogi che hanno considerata l'età avanzata come una delle più favorevoli condizioni allo sviluppamento delle febbri adinamiche ed atassiche. È chiaro che le malattie che detti patelogi così chiamavano, quando s'incontravano nei vecchi, erano flemmazie spontanee, le quali sono state distinte da poichè le organiche lesioni sono state studiate con quella diligenza che esige l'importanza della parte che esse hanno nelle malattie.

Invano cercheremo noi di conoscere la cagione per cui la malattia tifoide s'ingeneri specialmente durante l'età media della vita; a noi non riuscirebbe mai fatto di rinvenirla come non è stato possibile rinvenirla nella rosolia, nel vaiuolo, nella scarlattina che attaccano soprattutto nella età infantile, che hanno coll'affezione tifoide altri punti notabili di somiglianza siccome vedremo in progresso.

MUTAZIONE DI CLIMA.

Altra condizione, sotto la cui influenza la febbre tifoide ingenerasi con molto notabile preferenza, e che è stata specialmente notata da Petit (1), si è la dimora di recente in una grande città: la maggior parte dei soggetti che vengono ricoverati negli ospedali, attaccati da questa malattia sono venuti ad abitare in Parigi da poco tempo. La tavola seguente ci farà conoscere quale sia stata l'influenza di sì fatta circostanza su

(1) *Trattato della febbre enteromesenterica osservata nell' Hotel-Dieu di Parigi nell'* 1811, 1812, *e* 1813 *da Petit e Serres.*

92 soggetti nei quali è stata diligentemente notata.

5 era meno di un mese che abitavano in Parigi.
10 dall'1 ai 3 mesi.
9 dai 3 ai 6 mesi.
21 dai 6 mesi ad un anno.
19 dall'1 anno ai 2 anni.
15 dai 2 ai 6 anni.
11 era più di 7 anni.
2 erano nati in Parigi.
92

Dalla qual tavola risulta che, tra questi novantadue soggetti, sessantaquattro, e vale a dire più dei due terzi, era meno di due anni che dimoravano in Parigi.

La condizione della dimora recente nelle grandi città non è, come qui si può vedere, indispensabile. Si incontrano qua e là alcuni individui i quali non hanno avuto a soffrire l' influenza della mutazione di clima e vengono ciò nonostante presi dalla malattia tifoide; due esempi di questa eccezione noi li troviamo nei novantadue casi in cui è stata notata la durata della dimora in Parigi, e difficilmente si comprenderebbe come gli abitatori delle grandi città ne andassero affatto esenti. Egli è dunque chiaro che nelle ordinarie circostanze essa non attacca che raramente i soggetti che da gran tempo si sono accostumati al clima, ma di più infierisce più specialmente sui soggetti giovani che non vi sono ancora accostumati.

Si può fino ad un certo segno comprendere quanta e quale sia l' influenza morbosa della mutazione del clima per la nuova condizione nella quale trovasi un individuo che viene ad abitare una grande città, per la mutazione che per lui ne risulta in tutte le abitudini della vita, per le modificazioni che è obbligato ad apportare nel suo modo di vivere, al cambiamento delle ore del pasto e del sonno, per l' ingombramento in mezzo a cui vive, tanto se sia operaio, nelle fabbriche dove lavora o nelle case dove passa la notte, tanto se sia studente negli anfiteatri, nelle biblioteche, nei gabinetti di lettura; inoltre il dispiacere d'aver lasciata la propria famiglia o le proprie abitudini e, in alcuni, la fatica delle veglie, l'abuso dei piaceri sono altrettante circostanze valevoli a determinare un certo grado di nostalgia, condizione morale che, congiunta alle fisiche condizioni soventemente sfavorevoli nelle quali trovasi l' individuo di fresco arrivato in una città, paiono opportunissime ad esercitare una funesta influenza.

Noi non possiamo, come si è notato discorrendo dell' età, determinare come al fatta condizione morbosa agisca a produrre l'affezione tifoide; l'influenza della mutazione del clima è per noi dimostrata, ma non si può, nell' attuale stato della scienza, darne una incontrastabile spiegazione.

È stato con qualche fondamento di ragione paragonato ciò che accade in questa occasione con ciò che osservasi negli europei che si recano nei climi ardenti dell' Asia, dell' Affrica e dell' America, e che sono più predisposti degli abitanti di queste regioni a gravi malattie. Contuttociò questo paragone non deve essere spinto troppo innanzi imperocchè evvi tale differenza tra il clima temperato della maggior parte dei paesi di Europa ed il calore delle regioni di cui parliamo che questa differenza pare che abbia a bastare sola per determinare dei gravi effetti sulla salute, mentre tra la temperatura di ciascuna delle parti della Francia e quella di Parigi, la differenza assai lieve non può esercitare una sì grande influenza.

Quei medici che considerano l'affezione tifoide come contagiosa, spiegano facilmente nella loro opinione perchè gl'individui che vengono di un paese nel quale allora questa malattia non infierisce, in una città grande dove sempre esiste, debbano esserne presi più presto o più tardi, ma ordinariamente ad un' epoca poco discosta dal loro arrivo, mentre gli abitanti di queste medesime città saranno stati presi dalla medesima malattia ad un'età meno avanzata di quella in cui ordinariamente osservasi nei forestieri novellamente arrivati, oppure vanno esenti dalla contagione la quale non contraggono che più tardi in circostanze dal tutto particolari od anche ne restano affatto immuni.

Tra le altre condizioni che sono state considerate come tali che esercitino una grande influenza sulla produzione della malattia tifoide, alcune ve ne sono che,

quantunque forse siano state esagerate, non debbono cionondimeno essere trascurate, ed altre le quali ci sembrano quasi del tutto estranee allo svolgimento della malattia che si stà discorrendo.

Noteremo nel numero delle prime il tempo di carestia, di dolore universale e tutte le circostanze analoghe che ci sembrano contribuire alla produzione della febbre tifoide, piuttosto per la funesta influenza che esse esercitano sul morale degli individui che pei loro fisici effetti. Se da noi si leggano le istorie delle grandi epidemie di febbri continue le quali secondo noi tutte sono da riferirsi all'affezione tifoide, vediamo che quasi sempre sonosi esse sviluppate in mezzo a popolazioni situate in circostanze morali sfavorevoli e si sono con esse loro dileguate.

Tra le circostanze di second' ordine, vale a dire quelle le quali pare che non esercitino quasi alcuna influenza sulla produzione dell' affezione tifoide, troviamo il parto il quale è stato considerato come una cagione predisponente energica. In questi ultimi tempi è stata descritta un' epidemia di febbre tifoide (1) nelle donne che hanno di poco partorito; ma per coloro che attentamente leggeranno quest' istoria sarà evidente che l'affezione di cui trattasi è tutt' altra che quella che stiamo discorrendo, e che essa non ne ha che l'apparenza; vi si osservano, egli è vero, dei sintomi simili a quelli dell' affezione tifoide, ma, come già abbiamo avuto occasione di dire, i fenomeni adinamici o atassici che più frequentemente si riscontrano nell' affezione tifoide che nelle altre malattie non bastano per caratterizzarla.

Nè più sorprendente si è il vedere lo stato adinamico accompagnare una peritonite puerperale od una flebite uterina nelle donne che di poco hanno partorito, che il vedere questo stato complicare le pneumoniti ed alcune altre flemmazie nei vecchi, nè si ha maggior ragione di chiamare febbre tifoide alcune di queste malattie che le altre.

Noi qui troviamo eziandio una circostanza notabile che risulta da alcune ricerche fatte intorno a questo soggetto, ed è che quantunque le puerpere soffrano affezioni assai varie e che paiono avere avuto dei caratteri differenti nelle diverse epidemie che si sono osservate, contuttociò è estremamente raro che in esse si incontri l'affezione tifoide che noi descriviamo, quella che è caratterizzata anatomicamente dall' alterazione dei follicoli isolati o confluenti degli intestini e delle glandule mesenteriche. Tra dugento venti aperture di cadaveri fatte da Tonnelle, all' ospizio della Maternità, nell'epidemia del 1829, tra quarantaquattro raccolte da R. Lee negli ospedali delle puerpere a Londra, e tra un gran numero d'altre riportate in più eccellenti tesi sostenute nella Facoltà di Parigi da qualche anno in qua intorno alle malattie delle puerpere, non abbiamo trovato un solo caso in cui fosse accennata l'alterazione delle glandule di Peyer o di Brunner che abbiamo descritta. D'altra parte, nelle cinquanta osservazioni di aperture di cadaveri pubblicate da Louis, e nelle quarantadue fatte nell' Hotel-Dieu, non troviamo caso alcuno in cui questa malattia sia sopravvenuta dopo il parto. Possiamo adunque conchiudere da questo numero considerabile di fatti che se l' alterazione dei follicoli che appartiene alla malattia tifoide può incontrarsi collo stato puerperale, sì fatta complicazione deve essere molto rara, e che questo stato morboso, anzi che essere una predisposizione attiva alla malattia tifoide, parrebbe al contrario esserne quasi un preservativo.

SEZIONE II.

CONTAGIONE DELLA FEBBRE TIFOIDE.

Uno dei più importanti punti dell'etiologia dell'affezione tifoide è la questione della sua trasmissione dall'uno all'altro individuo. Qui evvi gran discrepanza di opinioni tra i medici. Gli uni, e questi sono, almeno in Francia, la maggior parte, escludono ogni maniera di contagione, gli altri, che sono appena tra di noi, in paragone dei primi, come uno a cento, opinano che l'affezione tifoide debba essere collocata tra le malattie contagiose.

Contuttociò, siccome qui debbonsi piut-

(1) *Delle febbri puerperali osservate alla Maternità nell' anno* 1829, *nelle sale di Desormeaux, da L. Tonnelle. Parigi,* 1829.

tosto ponderare le ragioni che contare il numero di coloro che adottano tale o tale opinione, siccome inoltre la contagione della febbre tifoide conta numerosi parteggiatori in paesi che presso a poco si trovano in condizioni eguali al nostro, ma dove si trovano delle condizioni più favorevoli allo studio della contagione, ci facciamo ad esaminare le ragioni allegate in favore dell'una e dell'altra di queste due opinioni. In questa circostanza, benchè lo stato delle attuali cognizioni e l'incertezza nella quale la discussione ha lasciato questo problema non ci permettano di adottare un' opinione precisa intorno a sì fatto argomento, ciononostante, siccome in Francia è stata con maggior favore ricevuta l'opinione contraria alla contagione, ci crediamo obbligati ad enumerare con più diligenza di quello che è stato comunalmente fatto, le ragioni che sono state allegate a sostegno della contagione.

Comincieremo dall' esposizione di quelle che i non contagionisti citano a sostenere la loro opinione.

1.° Tutti i giorni si vedono persone assistere individui attaccati da febbre tifoide trovarsi nelle più favorevoli circostanze alla trasmissione della medesima, e trattanto non la contraggono. Quelle stesse persone che per l' ufficio che adempiono intorno a simili malati, come sono gl' inservienti, per l' assiduità con cui stanno attorno ai malati medesimi per tutto il corso della malattia, sono le più esposte ad aspirare i miasmi che esalano, e non ne vengono mai prese.

2.° Negli ospedali dove non è un letto in cui non sia stato un individuo attaccato di febbre tifoide, dove è raro che non vi siano e al tempo medesimo in ciascuna sala più soggetti affetti di questa malattia, non si vede contuttociò che gli altri malati che sono accosti ad essi, che le persone che li assistono nei loro bisogni, che quelli che vengono ad occupare più tardi i loro letti e sono posti sopra i medesimi materassi, e si servono delle stesse coperte, contraggano la loro malattia.

3.° Vedesi bensì alcuna volta un individuo ricevuto nei nostri ospedali per un'affezione diversa dalla febbre tifoide, esservi preso da questa malattia, ma sì fatti casi sono rarissimi e non provano punto in favore della contagione. Appena nello spazio di più anni sono stati osservati uno o due fatti di questo genere nelle sale della clinica della Carità e dell'Hotel-Dieu, nè si pretenderà che gl' individui che sono ammessi negli ospedali siano al sicuro dalle cagioni che generano la malattia di che si parla.

Tali, in succinto, sono gli argomenti che da quei medici i quali non ammettono la contagione vengono allegati a sostegno della loro opinione. I quali argomenti sono stati generalmente ammessi e ricevuti tra noi senza opposizione fino all'epoca in cui Brotonneau manifestò (nel 1829) una contraria opinione. Ora andiamo a riportare la risposta che danno i sostenitori della contagione agli argomenti che si sono detti o le prove dirette che allegano per sostenere la loro opinione.

Non è esatto il dire che gl'inservienti dei malati, i parenti, i medici, che si trovano in contatto con individui attaccati dalla malattia tifoide mai ne vengono presi, e che, negli ospedali, quasi mai si osservino fatti nei quali si possa riconoscere l' influenza della contagione. Gli esempi di trasmissione di questa malattia sono a vero dire rari, ma questa rarità dipende da circostanze che è importante di far conoscere. La prima si è che in tutti gl'individui che possono stare attorno ad un malato attaccato di febbre tifoide, pochi ve ne sono di suscettivi a contrarre questa malattia. Si comprende in effetto che il padre, la madre, il medico, gl'inservienti, molti dei malati degli ospedali siano in sicuro della contagione, tanto perchè la maggior parte di essi già hanno oltrepassata l'età in cui la malattia tifoide si manifesta più comunemente, quanto perchè già sono stati attaccati, quanto finalmente perchè sono del numero di quei tali che per la loro costituzione ne vanno immuni. Onde, siccome la maggior parte degl'infermieri e delle infermiere degli ospedali, vengono scelti fra antichi malati e i quali raramente si trovano nelle condizioni in cui la malattia tifoide ordinariamente si sviluppa, si ha poca ragione di maravigliarsi della specie d'immunità di cui si pretende che godano, benchè continuamente esposti a contrarre questa malattia.

Altra circostanza ancora deve contribuire a rendere presso di noi più diffi-

cile la trasmissione di una malattia contagiosa e particolarmente della malattia tifoide, ed è che, nei nostri ospedali, dove tuttociò che riguarda la nettezza è oggetto di vero lusso, dove è assai grande o libera la circolazione dell' aria, dove i soggetti attaccati di affezione tifoide mai sono riuniti o nello stesso ospizio o nella stessa sala, e dove il loro numero è sempre piccolo in confronto del numero di quelli attaccati di altre malattie, e quasi non trovasi alcuna delle condizioni che favoriscono la contagione. Accade il medesimo del vaiuolo di cui nessuno contrasta il carattere contagioso: vedonsi frequentemente nelle sale degli ospedali alcuni individui attaccati di vajuolo, e benchè vi siano soventemente persone che, non essendo state vaccinate e non avendo ancora avuto il vaiuolo, sono suscettive di contrarlo, contuttociò non vi si osservano che pochi casi nei quali la trasmissione ne sia evidente. Finalmente egli è assai raro che si verifichi la trasmissione della rosolia o della scarlattina dall' uno ad altro soggetto nell' ospedale dei fanciulli di Parigi, che trattanto presenta in talune circostanze le più favorevoli condizioni alla trasmissione di queste malattie.

Altra cagione della rarità apparente di questi fatti si è che non si ricercano e che quelli che si presentano passano per lo più inosservati, imperocchè non si ha l'attenzione rivolta a simili oggetti come pure perchè la maggior parte dei medici hanno un' opposta convinzione; ma da che si è cominciato a ricercarli sono essi divenuti più frequenti. Di centodiciassette casi osservati alla clinica, in soli cinque è stato notato essersi la malattia manifestata in circostanze favorevoli alla contagione; ma se fosse stata fatta più seria attenzione a questo oggetto, se fosse stato fatto un esame più severo degli antecedenti, forse il numero sarebbe maggiore. Così, la Hermans (VIII osservazione) entrò da prima, ai 18 dicembre 1830, nella sala s. Lazzaro, n.° 16, con un' affezione mal caratterizzata e che fu portata sui registri sotto il nome di pleurodinia; al quarto giorno essa stava già assai bene per aiutare le inservienti ad assistere le malate e nel 27 uscì affatto risanata. Due o tre giorni dopo il ritorno a casa sua, venne presa da tutti i sintomi dell'affezione tifoide della quale poi morì nella sala medesima. Nel primo trattenersi che questa donna fece nell' Hotel-Dieu, in un tempo nel quale erano nelle sale della clinica molti soggetti attaccati da affezione tifoide si può scorgere una circostanza favorevole alla trasmissione della malattia medesima, circostanza che sarebbe probabilmente restata sconosciuta se l' inferma fosse stata la seconda volta mandata dai medici dell' uffizio centrale ad un altro ospedale o in altra sala dell' Hotel-Dieu.

Fu similmente il caso che ci fece conoscere che il soggetto della XVI osservazione era stato per dieci notti nel letto in compagnia di un individuo affetto di febbre tifoide grave e che riunì questi due malati nella stessa sala. Nell' anno medesimo vedemmo nella stessa sala un infermo ammesso per un' infiammazione dei testicoli, al n.° 18, nel quale letto era stato prima un individuo che avea avuto una febbre tifoide grave, venir preso nel termine di cinque giorni dalla medesima malattia la quale fu pure intensissima. I quali fatti ed altri due osservati nel 1828 e 1829 nelle sale della clinica nel tempo che ne dettava le lezioni il professore Recamier, e con analoghe condizioni, quantunque siano in poco numero e facciano quasi un' eccezione comparativamente ai fatti contrari alla contagione non sono ciononostante senza qualche valore non fosse altro che per mettere a nuovo e più severo esame un' opinione troppo facilmente ricevuta.

Del resto, quando anche questi fatti fossero sì rari come si pretende, nulla ne risulterebbe di contrario alla dottrina della contagione della febbre tifoide.

E' sono unicamente osservazioni fatte in Parigi quelle dalle quali gli anticontagionisti deducono le prove di cui si fanno forti a negare la contagione; ora, non in città così vaste come Parigi si possono studiare le malattie contagiose sotto il rapporto della loro trasmissione, a motivo della difficoltà od anche dell'impossibilità, nella maggior parte dei casi, di tener dietro alle vestigia della contagione. In grazia degli innumerevoli rapporti che gli abitanti di una grande città hanno tra di loro, possono e senza averne neppure il sospetto, trovarsi espo-

sti venti volte nella giornala a contrarre un' affezione contagiosa. Per lo più nelle famiglie dove i bambini vengono presi dalla scarlattina o dalla rosolia, ignorasi in qual maniera e come l' abbiaoo essi contratta. L' opinione contraria alla contagione non si può adunque sosteoere con prove negative dedotte da osservazioni fatte in una città come quella di Parigi.

Tali prove avrebbero ben altra importanza se i fatti sui quali hanno fondamento fossero stati osservati in picciole città, in villaggi dove tutti si conoscono tra di loro, dove il medico vede tutti i malati alla distanza di più leghe all' intorno, e dove per conseguenza, è sempre possibile, e spesso anche facile, di tener dietro ad osservare passo a passo una malattia nel suo propagarsi e di verificare la prima sua apparizione. Uu forestiero non può arrivare in un piccolo luogo e senza che ciascuno degli abitatori lo venga a sapere; se soprattutto vi arrivi malato ed attaccato di uoa affezione che abbia qualche cosa di straordinario, l'attenzione sarà rivolta anche più vivamente su di lui e sulle conseguenze che potrà avere la sua dimora nel paese. Se la medesima malattia assalga le persone che l' hanno ricevuto in casa o quelle che lo hanno assistito, se da queste si propaghi ad altri abitatori del medesimo villaggio, se passi in seguito nei paesi vicini sarà spesso molto più facile seguitarne le tracce di quello che sarebbe il vederla passare, in una città come Parigi, dall' uno nell' altro quartiere.

Onde è in queste circostanse che sono stati osservati quei fatti che sono più favorevoli alla dottrina della contagione della febbre tifoide.

Bretonneau che in Francia è stato il primo a richiamare l'attenzione dei pratici sulla contagione di questa malattia, ha fatto osservazioni di gran peso intorno alla sua trasmissione nei villaggi o nelle picciole città (1). Egli ha potuto tenerle dietro osservandola passo a passo a misura che propagavasi da uno in altro luogo; egli l' ha veduta diffondersi da una famiglia attaccata, non alle più vicine famiglie, ma a quelle che avevano coi malati rapporti e più intimi e più frequenti.

I risultamenti che da La Fleche medico e chirurgo primario della scuola militare sono stati ottenuti su questo punto durante l' epidemia che infierì in questa scuola nel 1826, e che Bretonneau paragona a quelli di un' esperienza che fosse stata fatta in grande ed a bella posta, sono soprattutto ootabilissimi.

Più allievi di quella scuola vennero presi da dotinenteria che all'istesso tempo infieriva nella città. Quattro morirono e nei cadaveri furono trovati i caratteri anatomici della malattia. Il generale governatore della scuola anticipa le vacanze, e nonostante sì fatta precausione vengono attaccati sessanta allievi. Il dottore Renou viene a sapere con tutta sicurezza che ventinove allievi che erano tornati alle case paterne sono stati gravemante affetti della malattia medesima e che otto l' hanno comunicata ad alcune persone che li assistevano.

Leuret di Nancy racconta (2) di aver veduto la febbre tifoide trasmessa successivamente a più persone della medesima famiglia, ed uno di questi malati essendo stato portato all' ospedale di Nancy la comunicò ad una malata che era in letto vicino, e a due inservienti che l' assistevano.

Gendron (3) ha egualmente concluso dai fatti che ha osservati in parecchie epidemie di dotinenterie che sonosi manifestate nello spazio di più anni nei villaggi vicini a Chateau-du-Loir, che questa malattia è contagiosa; egli dice di aver potuto tener dietro osservando i progressi di questa malattia in detti villaggi, di seguito alle comunicazioni tra individui sani ed individui infetti ed appartenenti ad altri villaggi.

Il dottor Navieres, nella descrizione della febbre infiammatoria che osservò a

(1) *Notizia sulla contagione della dotinenteria, letta all' Accademia reale di medicina, il 7 luglio* 1829. *Archivi generali di Medicina, vol.* 21, *p.* 57.

(2) *Memoria sulla dotinenteria osservata a Nancy al principio dell' anno* 1828. *Archivi generali di Medicina vol.* 18, *p.* 161.

(3) *Dotinenterie osservate nelle vicinanze di Chateau-du-Loir. Archivi generali di Medicina, vol.* 20, *p.* 185.

Saint-Martin-des-Champs(1) presso Mante-sur-Seine, e che considerò come una malattia epidemica, senza neppur sospettare l'azione del contagio, ci somministra intorno alla maniera con cui la malattia propagasi documenti che sono di tanto maggior peso in quanto non si può sospettare che egli sia prevenuto in favore della contagione della quale non parla punto nella sua dissertazione.

Non solamente egli dice di aver sempre osservato più di un solo caso in una casa, ma racconta che il primo che portava questa malattia nella sua famiglia ne era preso dopo qualche veglia presso un parente od un amico, o di seguito a qualche grave eccesso; alcuni giorni dopo la moglie ed i figli erano presi essi pure dai medesimi sintomi, senza essersi esposti ad altre cause eccitanti.

Il dottor Ruef, in una nota (2) sopra un'epidemia di febbre tifoide che infierì a Bishofsheim, comune del dipartimento del Basso-Reno nei mesi d'agosto, settembre ed ottobre 1832, entra medesimamente a parlare del modo con cui la malattia si propagò e ne discorre così a lungo e con tali ragguagli che debbono lasciare poco dubbio sul suo carattere contagioso; quindi è che essa, nata nella parte superiore del villaggio, dilatossi propagandosi di casa in casa, e per lo più, introdotta che erasi in una famiglia, colpiva più persone tra quelle che la componevano; egli osservò perfino sette malati in una sola e medesima casa. Tre persone che non erano del villaggio e che erano venute a visitare i loro parenti malati, ritornate alle proprie case furono attaccate dall'affezione dominante e due di esse ne morirono.

Non è così raro quanto si è preteso il vedere i praticanti di medicina attaccati dalla malattia tifoide, e non passa anno in cui parecchi di essi non muoiano per questa affezione. Del resto sì fatti casi sono in troppo scarso numero, e soprattutto poi troppo sparsi per poterli allegare in appoggio della contagione: essi acquisterebbero ben altro valore se fosse possibile di fare un confronto, sotto questo rapporto, tra gli studenti di medicina e dei giovani che fossero presso a poco nelle medesime condizioni, ma di diversa professione, per esempio studenti di legge, confronto il quale ci sembra se non impossibile almeno difficilissimo a farsi in modo da poterne dedurre positive conclusioni.

Tra le suore spedaliere dell'Hotel-Dieu è ricevuta un'opinione la quale medesimamente sta a favore della contagione; la quale opinione si è che non si considerano le novizie come accostumate a quell'aria e capaci ad adempire senza pericolo al loro servizio che quando sono state attaccate da una grave malattia o quando hanno passato più anni nelle loro penose occupazioni.

Agli allegati fatti, i quali tutti sono stati osservati o in Parigi o nei dipartimenti da medici che ben conoscono le lesioni che costantemente si trovano di seguito all'affezione che si discorre, si possono aggiungere quelli osservati dai medici inglesi i quali comunalmente ammettono la contagione di questa malattia; contuttociò siccome gli studi che concernono la malattia tifoide non sono stati fatti in Inghilterra con quella medesima severità e colla medesima esattezza che in Francia, le osservazioni e i fatti che riporteremo avranno necessariamente minor valore in questa questione che se fossero stati raccolti tra di noi e sotto l'influenza delle medesime idee mediche.

Notiamo prima di tutto che gli esempi di trasmissione dell'affezione tifoide sono rari negli ospedali di Londra quanto in quelli di Parigi; onde il professore Elliotson che ammette la contagione di questa malattia e che da tanto tempo è medico dell'ospedale di s. Tommaso, afferma di non aver osservato in quell'ospedale un esempio solo di contagione; ma ben diversamente è accaduta la cosa nell'ospedale dei febbricitanti, nel quale per la sua destinazione non vengono ricoverati che infermi attaccati da febbre e da scarlattina. Numerose prove noi ne troviamo nel rapporto del dottor Tweedie. Questo pratico il quale da ott'anni era medico di tale ospedale, afferma che dopo la sua nomina nel 1802, tutti i medici di cotest'ospizio, uno solo eccettuatone (il

(1) *Dissertazione sopra un'epidemia di febbre infiammatoria. Parigi* 1803. *Raccolta di tesi della facoltà di Parigi.*

(2) *Gazzetta medica di Parigi, seconda serie, t.* 11, *p.* 237, *anno* 1834.

dottor Bateman) sono stati attaccati da febbre e che tre fra gli otto sono morti.

Egli aggiunge che tutti gl' impiegati residenti nell'ospedale, come medici, levatrici, inservienti, portinaj, imbiancatori, il cui servizio è fuori delle sale, tutti, senza eccezione, sono stati presi da febbre. Ciò che potrebbe anche dimostrare che la malattia possa essere prodotta dalle emanazioni che si sollevano dalla biancheria che ha servito agl' infermi, si è che le lavandaie incaricate di lavare cotesta biancheria sono sl inevitabilmente attaccate dalla febbre, che si trovano poche donne che vogliano fare simile lavoro.

Nell' estate del 1829 essendo stato preso da febbre il medico residente, quegli che entrò in sua vece prese la precauzione di non dormire nell'"ospedale, dove neppure passava tutta la giornata. Egli fu tosto obbligato ad interrompere le funzioni del suo incarico per la stessa malattia, che lo tenne lungo tempo in letto. Un allievo che aveva compiuti i suoi studi e godeva di fiorentissima salute fu posto in suo luogo. Egli non credeva punto alla contagione delle febbri e burlossi delle precauzioni che lo consigliavano ad usare per preservarsene. Nel termine di dieci giorni provò i primi segni di una grave febbre che egli attribuì all'azione del freddo fino a che la prostrazione e la congestione alla testa l'obbligarono a lasciare il suo servizio. I sintomi di una febbre cerebrale estremamente intensa non cedettero che dopo cavatoli ecot'once di sangue, nè si potè trasportare fuori dell'ospedale che nel termine di cinque settimane.

Gl'impugnatori della contagione che non possono negare questi fatti hanno preteso spiegarli per la posizione dell'ospedale; ma il dottor Tweedie risponde che allo spedale dei vaiuolosi che è nella stessa posizione del primo, e non distante che pochi passi, nulla vi si osserva di analogo. Il dottor Gregory, che da ott'anni era medico di quest'ultimo ospizio, gli assicurò che per lo spazio di tutto quel tempo nessuno degl'impiegati della casa venne preso da febbre. « E trattanto, aggiunge Tweedie, io posso affermare che gl'infermieri ed altri impiegati dell'ospedale dei febbricitanti non durano maggior fatica e sono ben trattati al pari o più che in qualunque altro ospedale di Londra. »

Ma non solamente nell' ospedale dei febbricitanti di Londra sono stati osservati fatti favorevoli alla contagione della febbre continua; noi vediamo che in più altre città dell' Inghilterra dove sono ospedali unicamente destinati alla curazione dei febbricitanti, sono stati osservati dei fatti analoghi.

Nel 1817 l'accrescimento considerabile del numero di soggetti attaccati di febbre tifoide, a Edimburgo, obbligò il governo a creare un ospedale unicamemente destinato alla curazione di questi malati. Fu scelta la casa di Squeen's-Bury, in quel quartiere dove erano meno malati, e che sempre era stato considerato come il più salubre, e trattanto tutti i praticanti interni e tutti gl' infermieri vennero successivamente presi dalla febbre.

Essendo quest'ospedale stato chiuso dopo la sparizione dell'epidemia, venne riaperto nel dicembre del 1826, e d'allora in poi il medico residente e due degli allievi che non abitavano quella casa, ma vi passavano più ore al giorno, lo speziale, più inservienti e tutti gl'infermieri, ad eccezione di soli due, sono stati presi dalla febbre.

Durante la medesima epidemia, quella del 1826, il numero dei febbricitanti ricevuti nell' infermeria reale della detta città divenne considerabile. In pochissimo tempo si videro sei allievi, e venticinque infermieri presi dalla febbre.

Nell' ospedale dei febbricitanti di Dublino, dove l'epidemia stessa menò molta strage, dopo che la malattia era quasi completamente sparita nel corso di più anni, cinquantadue infermieri di cinquantasette che erano, vennero presi da febbre nel corso di un solo anno.

Nella memoria del D. Marsh, sull'origine della febbre tifoide, troviamo numerose prove in appoggio della contagione, e, particolarmente ventidue osservazioni nelle quali è difficile non la riconoscere. Sette di coteste osservazioni sono fatte sopra medici dei quali soli quattro guarirono, e tra questi l'autore stesso della Memoria. In una sola evvi la descrizione di quanto fu trovato nel cadavere; in questo caso di cui il soggetto era una infermiera nella quale furono osservati i più gravi sintomi della febbre tifoide,

era seguita la morte al diciannovesimo giorno. Egli è detto positivamente che non furono trovate esulcerazioni in alcun punto della membrana mucosa intestinale; ma, come si è da noi veduto, evvi un certo numero di essi nei quali non si trovano esulcerazioni, ma solamente il gonfiore dei follicoli dell'intestino, gonfiore del quale non siamo venuti in chiara cognizione che dopo le indagini di Bretonneau intorno a questo soggetto.

Tutti questi fatti ricavati dalla medicina inglese avrebbero un valore ancor più grande, se fosse dimostrato che la malattia di cui è questione fosse esattamente la stessa di quella della quale ci stiamo qui occupando, e che l'affezione che gli Inglesi denotano generalmente col nome di febbre (fever) non avesse preso in alcune occasioni, e singolarmente nelle epidemie del 1816 e del 1826, che fecero tanta strage e principalmente in Irlanda, il carattere del tifo dei campi.

Restano ancora alcune considerazioni in favore della contagione che quantunque non abbiano fondamento che sull'analogia, non sono peraltro prive di importanza. Noi andiamo ad esporle successivamente.

Abbiamo già detto che la febbre tifoide, nelle ordinarie circostanze, non prende che una volta sola il medesimo individuo. Questo è quanto apparisce da tutti i fatti fino a qui osservati. Da che fu cominciato a fare intorno a questa malattia ricerche speciali e continuate, nessun autentico esempio del contrario è stato ancora osservato, quantunque il numero dei casi di febbre tifoide che in ciascun anno si osservano sia assai considerabile da dover riscontrare degli esempi di recidiva, se questa malattia fosse tale da potersi riprodurre più volte nello stesso soggetto. Quantunque interrogando i nostri malati abbiamo sempre avuto cura di rivolgere la loro attenzione a questa parte, mai hanno risposto in maniera da farci pensare che già fossero stati afflitti dalla medesima malattia; e al postutto quando anche si incontrasse un qualche fatto contrario in una malattia così frequente, queste eccezioni in poco numero nulla avrebbero di straordinario, nè distruggerebbero la specie di legge che abbiamo annunziata; il vaiuolo, la scarlattina, la rosolia che il più ordinariamente non attaccano che una sola volta lo stesso individuo, talora recidivano pur nonostante, e massimamente nelle grandi epidemie di queste malattie, non sarebbe dunque più sorprendente di incontrare medesimamente alcuni esempi di recidiva dell'affezione tifoide.

Questa circostanza è già un fatto importante, imperocchè non evvi che piccolo numero di malattie che non attacchino che una volta sola il medesimo individuo, e tra queste malattie nessuna ve ne ha che non sia contagiosa; la febbre tifoide adunque sarebbe la sola eccezione a questa specie di legge se non fosse contagiosa come le malattie con cui ell'ha quest'importante punto di contatto. Contuttociò, noi dobbiamo notare che quantunque tutte quelle malattie che non attaccano che una sola volta lo stesso individuo siano contagiose, non ne viene per conseguenza che tutte quelle le quali si comunicano dall'uno all'altro individuo non attacchino che una volta soltanto; parecchie di esse, come la sifilide e la rogna, si riproducono indefinitamente.

Nella maggior parte delle affezioni contagiose o come tali considerate dal numero maggiore dei medici si osservano verso la pelle dei fenomeni caratteristici che non costituiscono tutta la malattia, ma essi medesimi inducono qualche volta dei sintomi particolari più o meno gravi secondo il grado di alterazione che essi producono, come le pustule del vaiuolo, l'efflorescenza della scarlattina, l'eruzione della rosolia, il bubone e l'antrace della peste; similmente nella febbre tifoide osservasi quasi sempre una speciale eruzione la quale a vero dire è per se medesima poco grave essendo ordinariamente poco numerosa e non inducendo una notabile alterazione della pelle che non presenta però nientemeno una rassomiglianza di più colle malattie contagiose.

Finalmente, un altro punto che sta anch'esso in favore dell'opinione dei sostenitori della contagione si è l'analogia che esiste tra l'affezione tifoide ed il tifo dei campi di cui nessuno contrasta il carattere contagioso.

Se mettiamo a paragone queste due malattie e secondo i nostri ricordi e secondo la descrizione fattane da Hildebrand, e di cui abbiamo avuto occasione, nel 1814, di verificare l'esattezza, troviamo i me-

desimi sintomi in ambedue le affezioni, tutte e due cominciano colla cefalalgia; nella maggior parte dei soggetti la prostrazione e lo stupore appariscono nel principio e non solamente, come nelle altre affezioni, dopo che la malattia ha durato lungo tempo ed ha gravemente indebolito l'organismo.

Gli altri sintomi, quali sono il meteorismo, la diarrea l'indebolimento notabile dei sensi, la disposizione alle escare e alle emorragie sono comuni alle due malattie.

L'andamento è il medesimo in ambedue le malattie; i sintomi infiammatorii preponderano da principio, ed in seguito succedono loro fenomeni nervosi adinamici.

Una delle differenze poco numerose che per noi sonosi osservate tra queste due affezioni, consiste nella durata la quale è più lunga nell'affezione tifoide che nel tifo. Quest' ultimo cessa comunalmente verso il giorno quattordicesimo, mentre rarissimamente accade che la prima termini avanti al giorno ventesimo.

Altra differenza consiste nella frequenza con cui osservansi nel tifo le vere petecchie o macchie purpuree le quali, comparativamente, sono rare nella malattia tifoide.

Quanto all' esantema cutaneo, o eruzione tifoide, ha i medesimi caratteri in ambedue le affezioni; le sole differenze sono nel numero delle macchie e nell'epoca della loro apparizione. Le macchie lenticolari, invece di essere limitate, come il più frequentemente lo sono nella febbre tifoide, al petto ed all' addome, nel tifo, ricoprono, ed in numero maggiore, quasi tutta la superficie del corpo. In quest' ultimo l' eruzione manifestasi comunalmente verso il quarto giorno della malattia, nella febbre tifoide non apparisce se non se verso l' ottavo giorno e qualche volta molto più tardi.

È stato detto che il delirio aveva nelle due malattie dei caratteri differenti, e si è preteso che il delirio acuto o violento appartenesse all' affezione tifoide, mentre il delirio a cui è stato dato il nome di *tifomania* non osservasi che nel tifo: noi non abbiamo riscontrata questa distinzione; nel delirio si osservano numerose varietà in queste due affezioni, e noi abbiamo osservato le due forme qui indicate un numero di volte assai considerabile nel tifo e nella malattia tifoide da poter concludere che se per questa parte evvi qualche distinzione ell' è poco importante.

La sola differenza che Hildebrand e Pringle ammettano tra il tifo e la maggior parte delle altre febbri che da noi sonosi riferite alla malattia tifoide, si è che la gravezza della malattia è maggiore nel tifo, il suo corso è più rapido, più forti i fenomeni adinamici e più generale l' eruzione; ma sì fatte differenze non bastano per far rigettare l' identità della malattia, potendo esse dipendere da circostanze più o meno gravi nelle quali propagasi. Queste differenze possono piuttosto denotare gradi d' intensità diversa che malattia intieramente distinta.

Altro punto di cui molto sarebbe interessante assicurarsi e la cui cognizione ci sarebbe di gran peso nella questione che occupa, si è di sapere se la lesione che osservasi di seguito all' affezione tifoide trovisi similmente nei cadaveri di quei tali che morirono per tifo. Ma qui non abbiamo che dati i più incerti e vaghi, e si può dire che in questa parte la scienza è restata quella che era vent'anni addietro. Noi medesimi abbiamo aperto molti cadaveri di soggetti morti di tifo, nel 1814, ma a quel tempo le alterazioni del tubo digestivo non erano ancora state studiate, come lo sono state dopo le ricerche di Bretonneau e Louis, nè noi osiamo di avere intiera fede nella nostra memoria. Dopo, epidemie di tifo hanno infierito in più luoghi, ma i documenti ricevuti da questi punti diversi non si trovano punto in accordo. Un giovine medico tedesco ci ha raccontato che, durante un' epidemia di tifo che infieriva nell' Austria, or è qualche anno, è stata trovata, nei soggetti che morirono, la medesima alterazione dei follicoli intestinali di quella della quale noi vediamo ogni giorno esempi in coloro che muojono di febbre tifoide. D'altra parte i medici di Tolone hanno raccontato di non aver osservato questa alterazione nell' epidemia di tifo che colà infierì or sono alcuni anni nel bagno di quella città, benchè l'attenzione loro fosse stata specialmente rivolta su questo punto per le questioni che ad essi l' Accademia di medicina aveva indirizzate.

Questi documenti, i più recenti che abbiamo intorno a tale materia, sono troppo contraddittorii talchè non si può avere un' idea veramente ferma e determinata intorno alla natura delle alterazioni degli intestini nel tifo; onde malgrado tutte le indagini e gli studi fatti sull' affezione tifoide da alcuni anni in qua, l' identità sua col tifo, quantunque probabile non è ancora certa, e trattanto poche sono le questioni il cui scioglimento fosse di tanta importanza. Quindi, la contagione che è dimostrata pel tifo, e generalmente ammessa per la febbre tifoide in Inghilterra, sarebbe pel fatto posta fuori di dubbio, se fosse veramente dimostrata l' identità delle due affezioni.

Noi abbiamo discorsi con tutti i ragguagli possibili e con quella imparzialità che il dubbio porta necessariamente seco tutti gli argomenti che si possono far valere in favore e contro la contagione della malattia tifoide. Ecco lo solo conclusioni alle quali ci troviamo condotti dopo questa discussione.

1.° L' opinione adottata dalla maggior parte dei medici francesi che l' affezione tifoide non è contagiosa, non può essere ammessa e ricevuta come cosa dimostrata.

2.° Se questa malattia è contagiosa, essa non lo è che in lieve grado e col concorso di circostanze tuttavia mal determinate.

3.° Se ulteriori osservazioni dimostrassero, nel tifo, lesioni anatomiche simili a quelle che si incontrano nella malattia tifoide, l' indentità di queste due affezioni verrebbe ad esser posta fuori di dubbio, e la questione della contagione sarebbe giudicata.

L' attuale stato delle cognizioni nostre intorno quest'argomento non ci permette di entrare nell' esame di altre questioni che concernono la dottrina della contagione e ne sono subordinate. Onde non cercheremo coi contagionisti quale sia il modo di trasmettersi della malattia tifoide, quali siano le circostanze che lo favoriscono, nè quale sia la durata del covamento. Si fatte questioni, che sarebbero di molta importanza se la contagione fosse dimostrata, non possono tenerci occupati nello stato d' incertezza che tuttora regna su questo punto.

ARTICOLO QUARTO

FORME DIVERSE DELL' AFFEZIONE TIFOIDE.

Nell' istoria del corso e dei sintomi della malattia tifoide, abbiamo particolarmente descritto ciascuno dei sintomi che si osservano nel processo di questa affezione ed accennato l'epoca in cui ciascuno di essi suole per lo più apparire; ma non tutti questi sintomi si incontrano insieme nel medesimo malato; ve ne sono di quelli, siccome abbiamo veduto nelle riportate osservazioni, che si escludono reciprocamente, come pure ve ne sono altri che si trovano costantemente riuniti. Questi diversi sintomi costituiscono certe forme che si osservano, da lievi varietà in fuori, assai identiche e che rappresentano tutte le febbri continue degli autori, vale a dire come da noi si è espresso nelle prime linee di queste lezioni, tutte quelle alle quali questo termine realmente conviene, tutte quelle che nell'attuale stato delle nostre cognizioni non possono essere riportate alle altre classi del quadro nosologico. E' sono queste forme differenti della medesima malattia, le quali erano state considerate come affezioni differenti, che prendiamo ora a descrivere.

Lo studio di così fatte varietà, in apparenza poco importante, avendo tutte rapporto alla medesima affezione, è trattanto di grande utilità per la cura. Non basta per stabilire in convenevole ed acconcia maniera la curazione di una malattia il conoscere la lesione che trovasi nei soggetti che di questa malattia muoiono; inoltre in molti casi questa conoscenza è nell'attuale stato della scienza, quasi inutile per quello che concerne la curazione; ma vi sono altre circostanze che possono somministrare delle indicazioni terapeutiche molto importanti; sono di questo genere, per la malattia che si discorre, le differenti forme sotto le quali ella si presenta.

SEZIONE I.

FEBBRE TIFOIDE INFIAMMATORIA.

La malattia tifoide prende specialmente la forma infiammatoria nei soggetti do-

tati di temperamento sanguigno, dall'età di 20 ai 30 anni, e predisposti alle emorragie nasali ed intestinali. Ma non è più frequente durante la fredda stagione che durante l'estate. Di tredici casi osservati nella clinica, undici sono occorsi durante l'inverno e due in estate. Alcuna volta questa varietà dell'affezione tifoide mostrasi epidemicamente: la febbre infiammatoria epidemica osservata nelle vicinanze di Mantes dal dottor Navieres cominciava costantemente coi sintomi della febbre infiammatoria ai quali succedevano appresso i fenomeni adinamici o atassici.

L'affezione tifoide mostrasi ordinariamente in principio sotto la forma assegnata alla febbre infiammatoria grave; ell'è da prima caratterizzata dalla pienezza e dalla frequenza del polso, dal rossore e dal calore della pelle, dall' aridità della gola, dal desiderio di bevande acidule, da mancanza di appetito, da senso di universale oppressione, dall' aumento della traspirazione cutanea e dalla scarsità delle orine. Questi fenomeni sono comuni alla malattia in discorso ed a molte flemmazie acute, ma ve ne sono di quelli che sono ad essa propri, come la cefalalgia che noi abbiamo costantemente incontrata nell'affezione tifoide, l'oppressione delle forze soventemente notabile nel principio quantunque non sia assai grave per indicare lo stato adinamico, la disposizione alle emorragie, l'aridità della lingua, la diarrea particolarmente involontaria, le eruzioni tifoide e miliare. Cotesti differenti sintomi raramente persistono allo stesso grado per tutto il tempo che dura la malattia, a meno che essa non abbia poca intensità o che vada a terminare nello spazio del secondo periodo; nel numero maggiore dei casi, ve ne sono alcuni che spariscono del tutto nel termine di pochi giorni, massimamente quelli che si collegano ai fenomeni di generale reazione, come la pienezza del polso, il madore della pelle, ec., gli altri vanno aggravandosi, ed allora veggionsi insensibilmente ed alcuna volta nello spazio di due o tre giorni i sintomi della febbre infiammatoria sparire e far luogo a quelli delle febbri adinamiche o atassiche. Questo cambiamento, che ordinariamente operasi verso il settimo e l'ottavo giorno della malattia, era stato notato dagli antichi autori che scrissero intorno alle febbri, e lo stesso Pinel che aveva fatto di queste forme diverse differenti affezioni, indica come frequente l'apparizione dei sintomi adinamici o atassici verso il settimo o l'ottavo giorno della febbre infiammatoria.

Raramente accade che la malattia tifoide prenda la forma infiammatoria per tutto il tempo della sua durata; tra i quarantadue fatti accennati i cui soggetti sono morti nella clinica, in due soltanto è stato osservata la sola forma infiammatoria e di più in un uno, il soggetto della X osservazione, la malattia non aveva avuta alcuna gravezza e la morte venne quasi inaspettata di seguito al perforamento dell'intestino; nel secondo l'affezione tifoide era complicata da una pleuropneumonia la quale aveva cominciato prima di essa. Aperto il cadavere, si trovarono segni d'effusione nella sinistra pleura ed il lobo inferiore del polmone di questo lato era in istato d'epatizzazione grigia. Dobbiamo aggiungere al tempo medesimo che durante i cinque anni nel cui spazio è stata nella clinica raccolta e compilata l'istoria di questi quarantadue fatti nessun altro malato in cui si osservassero sintomi della febbra infiammatoria è morto e che, d'altra parte, noi non abbiamo avuto occasione di vedere un solo caso di febbre infiammatoria che pei suoi sintomi non si riferisse alla affezione tifoide. Quanto alla durata della malattia, ella fu nel primo di quindici giorni e di sedici nel secondo. Il periodo infiammatorio poi nei soggetti nei quali gli successe una delle forme che andiamo a descrivere fu in tutti i casi meno lungo.

La forma infiammatoria non mostrasi punto nel principiare di tutti i casi di affezione tifoide, e neppure incontrasi nel maggior numero, almeno nelle circostanze ordinarie. Tra i quarantadue casi nei quali la natura della malattia è stata verificata coll'apertura del cadavere, in soli tredici ai erano osservati nel principio i fenomeni assai distinti della febbre infiammatoria. Contuttociò questa cifra non rappresenta punto la proporzione esatta dei casi nei quali la malattia tifoide mostrasi, nel suo primo periodo, sotto la forma infiammatoria, imperocchè più soggetti sono entrati nelle sale della clinica ad un'epoca della loro malattia avanzata assai perchè ai sintomi infiammatorii fossero succeduti sintomi differenti.

OSSERVAZIONE XXVI.

Cefalalgia, diorrea, delirio, eruzione tifoide, epistossi. Morte nel ventunesimo giorno della malattia. Chiozze a foggia di favo, le une intatte, le altre con principio di esulcerazione.

Certo Quentin, nel quarantesimo anno dell'età, scrivano, da sette anni in poi dimorante in Parigi, era abituato a farsi cavar sangue tutti gli anni, e dice di non l'aver fatto da tre anni in poi senza che glie ne sia venuto grave incomodo; contuttociò aggiunge che da due mesi in qua ha sofferto frequenti dolori di testa i quali però non gli hanno impedito di lavorare. Nei primi giorni del novembre questa cefalalgia divenne continua; vi si aggiunse forte febbre e diarrea senza coliche; il malato venne salassato per due volte in casa sua e fu tenuto a dieta; poscia ai 14 novembre 1830, entrò nella sala s. Maddalena, n.° 33, verso il decimo giorno della malattia.

Nell'undecimo giorno, il malato si esprime con molta facilità e parla presto; gli occhi sono scintillanti, la faccia è rossa, l'aria è animata; narra la sua istoria con piacere, e chiede di essere salassato, giudicando essere il sangue la cagione del suo male; lagnasi di cefalalgia; la lingua era rossa, soprattutto verso la sua punta, la gola è secca; l'epigastrio è un poco dolente, comprimendolo, sull'addome lievemente meteorizzato si vedono alcune macchie tifoidi ben caratterizzate, ma rare; tre o quattro evacuazioni alvine nel corso delle ventiquattr'ora; il polso è largo, pieno, mediocremente frequente; la pelle calda, colorita, un poco alituosa; la respirazione facile; si sente un poco di rantolo sibiloso in ambedue i lati del petto. (*Salasso di ott' once; acqua di riso, siroppo di ribes, gargarismo dolcificante, rosso d'uovo stemperato nell'acqua con zucchero*).

Nel dodicesimo giorno, continua il medesimo stato, ma l'eccitazione del malato è più forte del giorno precedente; vigilia quasi completa, evacuazioni alvine liquide più frequenti. (*Nuovo salasso di ott'once, otto mignatte sotto ciascuno orecchio*).

Tredicesimo giorno, il malato parla sempre con grande vivacità ed anche con un poco d'incoerenza; nella notte ha avuto una picciola epistassi, la gola è poco dolenta, le egestioni si mantengono frequenti, l'eruzione tifoide è più numerosa, il polso conserva della larghezza e della frequenza.

Nei giorni seguenti la condiziona dell'infermo si aggrava, il polso conserva sempre la sua frequenza, ma perde della sua espansione, il delirio diviene manifesto benchè senza violenza, le egestioni divengono involontarie, e l'orina similmente esce senza che il malato se ne accorga.

Verso il diciassettesimo giorno, il malato parla continuamente senza che si possa arrestare o fermare per un istante la sua attenzione; il polso acquista tale frequenza che a stento si può contare; la pelle diviene secca e rugosa, la regione sacra comincia a farsi rossa e ad essere dolente, dipoi formavisi un' escara ed il malato muore nel giorno ventunesimo della malattia.

Apertura del cadavere fatta trent' ore dopo la morte.

Abito generale. Grassezza mediocre, faccia coloritissima, rigidezza delle membra.

Cranio. Le meningi sono iniettate, ma questa iniezione facilmente sparisce se si tocchino; nella sostanza cerebrale osservasi una lieve impronta di sabbia; i ventricoli laterali contengono ciascuno un cucchiaio ordinario di limpida sierosità; la dura madre è aderentissima al cranio, e lacerasi invece di distaccarsi.

Torace. I due polmoni sono sani, solo a destra e alla sommità è un aderenza che contiene nel mezzo una picciola massa ossea grossa quanto un fagiuolo.

Il cuore nulla ha di anormale nel colorito delle sue cavità; osservasi una leggiera ipertrofia di tutte le sue pareti.

Addome. La mucosa dello stomaco è rammollita ed anche lavata nella maggior parte dell'estensione del gran fundo cieco. Quello che ne resta somiglia a fiocchi disposti sulla membrana mucosa a che vengono facilmente levati dall'acqua. Quest'organo contiene una picciola quantità di fluido denso a nerastro. Nell' ilao si osserva, due piedi al disopra della valvula ileo-cecale, per la lunghezza di cinque pollici circa, l'infiltramento sangui-

nolento della mucosa con ingrossamento e presenza alla sua superficie di picciola quantità di fluido sangue. Attraverso della quale alterazione scorgonsi tre chiazze che fanno un forte rialzo, ma senza esulcerazione; al disotto se ne vedono una mezza dozzina che fanno un rialzo anche maggiore con principio d' esulcerazione. Finalmente le ultime, che sono situate immediatamente al disopra della valvula, sono del tutto esolcerate; nel colon e nel retto nulla incontrasi di anormale; le glandule mesenteriche sono poco voluminose, ma rosse ed un poco rammollite; la milza, più grossa che nel normale stato, è essa pure un poco più molle.

Negli altri organi nulla si è trovato fuori dello stato normale.

Questa osservazione ci porge un esempio della forma infiammatoria che assai frequentemente l'affezione tifoide prende nel suo principiare, e della trasformazione che più tardi operasi nei suoi sintomi, massimamente quando la malattia tiene uno sfavorevole andamento e quando deve terminare colla morte.

Il fatto seguente, il cui esito è stato fausto, ci mostrerà uno dei casi rari nei quali la malattia mantiene per tutto il suo corso i fenomeni della febbre infiammatoria, e in cui necessariamente termina colla guarigione quando non sopravvengono nè accidenti, nè complicazione.

OSSERVAZIONE XXVII.

Dimora recente in Parigi. Cefalalgia, stato febbrile sviluppato; lieve diarrea; sangue dei salassi senza cotenna e quasi fluido, epistossi; medicatura coi cloruri. Guarigione.

Quetrechy, ebanista, di 22 anni, e che erano quattro mesi che abitava in Parigi, nel 21 gennaio, senza apprezzevole cagione, viene preso da disappetenza con debolezza e cefalalgia; egli è obbligato a restare in letto, è travagliato da vigilia, da un poco di tosse, da dolore di ventre e da forte freddo con calore considerabile durante la notte, e senso di freddo nel corso del giorno; egli dice di avere vomitato materie amare e verdastre e di essere stato a dieta; egli entra, senza essere stato medicato, ai 25 gennaio 1832, nella sala s. Lazzaro, n.° 27.

Nel sesto giorno della malattia, debolezza e prostrazione leggiera; difficoltà a stare in piedi; il malato è venuto all'Hotel-Dieu sostenuto da due compagni; l' intelletto è chiaro, la lingua è umida, biancastra, evvi sete, lieve dolore all' epigastrio comprimendolo, meteorismo, una sola evacuazione alvina liquida, tosse rara, rantolo sibiloso, debole e fugace in ambedue i lati, polso assai largo, mediocremente frequente, calore alituoso, il malato dice di aver molto traspirato questa mattina. (*Salasso di dodici once, soluzione di siroppo di gomma con dodici grani di cloruro, siero di latte, lavativo clorurato, lavande clorurate*).

Settimo giorno. Nel sangue del salasso di ieri non incontrasi cotenna ed anzi è un poco stemperato; la debolezza si mantiene la medesima, la cefalalgia è minore. Jeri, nella serata, è avvenuta una picciola epistassi, non si trovano segni di eruzione tifoide, una sola evacuazione alvina liquida; lo stesso stato dell' addome.

L' ottavo giorno, gli occhi si mantengono scintillanti e la pelle calda, il polso ha perduta quasi tutta la sua frequenza, la debolezza continua ad essere assai considerabile, una sola evacuazione alvina liquida nel corso delle ventiquattr' ore.

Nei giorni seguenti il miglioramento continua, ma lentissimamente. Benchè nessuno dei fenomeni locali fosse grave, l'infermo non entra in convalescenza che al decimo settimo giorno; quando la convalescenza era già avanzata sopravvengono alcuni accessi di leggierissima febbre intermittente che cessano per l'amministrazione dell'infusione di china; alcuni giorni dopo sopravviene dolore assai forte nella regione del rene sinistro, e che sparisce dopo l'applicazione di dieci mignatte sulla parte dolente. Quetrechy esce dall'ospedale dopo esservi stato per sei settimane.

SEZIONE II.

FEBBRE TIFOIDE BILIOSA.

Questa varietà della malattia tifoide, più rara della precedente, osservasi ordinariamente in circostanze affatto speciali; essa ingenerasi durante l' estate e l' autunno molto più frequentemente che nella primavera e nell' inverno; incontrasi so-

prattutto in condizioni locali particolari. È stato creduto di osservare che ella è più frequente nelle persone che si nutriscono quasi esclusivamente di sostanze animali. A Parigi, noi non abbiamo veduto, da cinque anni in qua, che pochi casi in cui fosse veramente chiara e manifesta. Tra i quarantadue soggetti che sono morti per malattia tifoide nelle sale della clinica; in due soltanto si sono incontrati al principiare dell'affezione sintomi biliosi notabilissimi, ma che più tardi hanno fatto luogo a fenomeni di più grave ordine; altri cinque soggetti, nei quali la malattia ha conservato per tutto il suo corso la forma biliosa, sono guariti.

La febbre biliosa grave incomincia, come nelle altre varietà della febbre tifoide, con una cefalalgia intensa, uno stato febbrile più o meno notabile ed un senso di universale rottura delle membra e specialmente dei lombi. I sintomi propri di essa sono il colorito giallo della pelle, più distinto intorno alle labbra ed alle pinne del naso; la frequenza delle nausee ed anche dei vomiti che contengono della bile, della quale pure se ne trova nelle materie stercoracee, l'amarezza e la secchezza della bocca, la presenza di un intonaco giallo o verdastro ed appiccicaticcio sulla lingua. Il calore della pelle è secco e vivace, il polso è poco sviluppato, frequente, la sete è ardente, l'infermo chiede con istanza bevande acidule o fresche, e benchè conservi ordinariamente il libero uso dell'intelletto, contuttociò lamentasi di ronzio d'orecchie e dell'alterazione del gusto, dell'odorato, ed anche del tatto, la vigilia è quasi continua.

La durata di questa varietà della malattia tifoide è cortissima, al pari che quella della precedente. Raramente i fenomeni biliosi, i quali pel solito spariscono fra il settimo ed il quindicesimo giorno della malattia, persistono per tutto il tempo della sua durata e non sono succeduti da fenomeni morbosi di carattere differente. In quei casi nei quali la medesima malattia presenta così successivamente delle forme differenti, i sintomi biliosi sono sempre i primi ad apparire.

È facile distinguere la febbre tifoide biliosa da uno stato morboso che ha, con questa varietà, la medesima rassomiglianza della febbre efimera colla forma infiammatoria: l'imbarazzo gastrico che manifestasi nelle medesime condizioni di temperatura e di luogo della febbre biliosa sempre ne differisce per una intensità minore dell'apparato febbrile e per una durata molto meno lunga, mai il moto febbrile dileguandosi avanti il decimo od il quindicesimo giorno nella febbre biliosa, qualunque metodo curativo sia stato adottato, mentre i sintomi dell'imbarazzo gastrico spariscono ordinariamente nello spazio di pochi giorni, mediante una ben regolata ed opportuna curazione.

Noi adunque riportiamo all'affezione tifoide le febbri biliose degli autori che non differiscono dalle forme che s'osservano nel numero maggiore dei casi se non che pei sintomi che abbiamo noverati e che sono particolari al principio.

Se si pretendesse che lo stato morboso di cui parliamo non sia la febbre biliosa degli antichi, e che diamo questo nome ad altra malattia; se restasse qualche dubbio sull'avvicinamento che qui ne abbiamo fatto noi ci limiteremo ad allegare i fatti seguenti: Un antico professore della Facoltà con cui noi adempievamo a vicenda nell'ospedale della Carità, l'incarico di clinico, fedele alle vecchie tradizioni, indicava soventemente sotto il nome di febbre biliosa le malattie che da noi chiamansi febbre tifoide. Più volte noi siamo venuti a sapere, da praticanti che avevano compilata l'istoria di queste malattie, che aperto il cadavere era stata trovata nei follicoli intestinali, la lesione caratteristica della malattia che si discorre.

Tissot, nella sua istoria della febbre biliosa di Losanna, racconta che nel principio della malattia i suoi infermi erano costantemente travagliati da cefalalgia; l'ostinatezza della diarrea che spesso diveniva involontaria, la presenza delle petecchie, il carattere grave delle emorragie allorchè avevano luogo, i fenomeni atassici e adinamici che per lo più sopravvenivano avanti il termine della malattia, l'impossibilità d'arrestare il corso della febbre biliosa col salasso, tutti cotesti sintomi segnalati dal medesimo autore, offrono punti di notabile somiglianza coll'affezione tifoide tal quale osservasi tutto giorno tra di noi.

Se Tissot non ha trovato l'alterazione che abbiamo descritta nel solo caso nel quale gli fu permesso di fare l'apertura del cadavere del soggetto, nulla se ne può

concludere contro l'avvicinamento che abbiamo stabilito, dicendo egli formalmente. « L' intestino non fu aperto. » Ma egli accenna un altro carattere anatomico che, quantunque abbia in generale, minor valore dell'alterazione dei follicoli, deve ciononostante lasciare poco dubbio sulla natura della malattia quando osservasi di seguito ad un'acuta affezione; noi vogliamo parlare della lesione delle glandule mesenteriche, imperocchè egli più sotto aggiunge: « *Le glandule mesenteriche erano gonfie e di color giallo rossastro.* »

Non bisognerà purnonostante credere che tutti i casi che da Tissot vengono accennati sotto il nome di febbre biliosa appartengano senza eccezione alla febbre tifoide, noi non dobbiamo dimenticare ciò che altrove abbiamo stabilito che gli antichi medici, i quali non giudicavano le malattie che dalle loro forme esterne, hanno dovuto riunire in serie differenti parecchie varietà della medesima malattia. Onde, allorchè Tissot, parlando della febbre biliosa, dice che ne erano specialmente affetti i vecchi ed i giovanetti, egli è chiaro che, ingannato dall'uniformità dei generali fenomeni, egli confuse malattie differenti. La causa di un tale errore deriva da questo fatto; che in certe epidemie i fenomeni biliosi, allorchè sono molto notabili, mostransi presso a poco indistintamente in tutte le acute affezioni che regnano al tempo medesimo. È questa rassomiglianza di alcuni fenomeni esterni che malattie differenti presentano in certi casi ed in certe epoche, che è stata chiamata costituzione medica, rassomiglianza che raramente osservasi nelle grandi città dove l'influenza dei luoghi è comunalmente picciola; ma che è più facilmente apprezzevole nelle città piccole e particolarmente nei villaggi.

OSSERVAZIONE XXVIII. (1)

Sintomi biliosi ai quali prestamente succedono fenomeni adinamici notabili. Morte nel trentacinquesimo giorno. Esulcerazioni numerose alla fine dell'intestino gracile.

Certa Maria, cuciniera, di 25 anni e che erano sei anni che dimorava in Parigi, è abitualmente di buona salute; al principiare del marzo 1830 le sue regole vengono nel tempo ordinario, ma molto meno abbondanti del consueto; quasi contemporaneamente a che terminano essa vien presa da cefalalgia intensa con dolore in tutte le membra, febbre fortissima e continua, nausee ed anche, qualche vomito di materie biliose; in questo tempo li vien fatto prendere un purgante al quale ella attribuisce la diarrea che d'allora in poi non ha cessato. Le vengono attaccate mignatte all'ano ed essa dice che le hanno apportato un poco di alleviamento. Entra all'undicesimo giorno della sua malattia nell'Hotel-Dieu, sala s. Lazzaro.

Nel dodicesimo giorno, prostrazione manifesta, lieve segno di colorito giallo alla faccia; nausee continue senza vomiti, la lingua è carica d'un intonaco giallastro, bocca amara e pastosa, senso di ripienezza, addome indolente anche se si comprima, cefalalgia forte, pelle calda con un poco di madore, polso frequente e poco sviluppato, sono ventiquattr'ore che la malata non è andata del corpo. (*Ipecacuana un denaro in quattro dosi; gramigna, liquirizia.*)

All'indomani, l'inferma che aveva molto vomitato, dice di star meglio; la bocca era meno amara, ma più secca; ella lamentavasi non più tanto di nausee; la diarrea era ricominciata e poscia ha continuato; lo stato febbrile non era che poco diminuito; ma nel termine di qualche giorno le nausee ricompariscono e sono un poco calmate dall'uso dell'acqua di Seltz; quantunque la febbre persista sempre colla medesima intensità, la pelle perde il carattere di morbidezza che aveva nei primi giorni e diviene secca ed urente, sulla lingua non osservasi più l'intonaco giallo, ma è rossa e secca, lucida.

Al ventunesimo giorno della malattia i fenomeni adinamici già erano notabilissimi; la malata non lagnavasi di dolore in alcuna parte e non rispondeva che imperfettamente alle dumande che le venivano fatte, la diarrea persisteva ed era anche divenuta involontaria. Per lo spazio di qualche giorno ella lamentossi di dolore nella regione dell'orecchio, ma senza apprezzevole tumefazione all'esterno.

Verso il trentesimo secondo giorno so-

(1) *Raccolta nelle sale del professor Recamier.*

pravviene il delirio ed una agitazione che fortemente contrasta coll'antecedente stato della malata; le labbra e la lingua copronsi di un intonaco nerastro; il polso che da qualche tempo è frequentissimo e picciolissimo, acquista nuovamente una grande frequenza; i vescicanti applicati sulle cosce non apportano alcun cambiamento a questo stato, che va aggravandosi fino al trentacinquesimo giorno nel quale la malata muore dopo corta agonia.

Apertura del cadavere.

Nel cervello nulla incontrasi di anormale.

Petto. I polmoni paiono sani, ma i bronchi hanno un colorito rosso anormale e che va aumentando a misura che si allontana verso le ultime ramificazioni. Nel cuore nulla trovasi di particolare per quello che concerne la sua densità ed il suo colorito.

Addome. Lo stomaco contiene una picciola quantità di fluido giallo che ha impresso alla mucosa il medesimo colore; essa è meno grossa nel gran fondo cieco, ma senza rammollimento, e meno grossa similmente e non rammollita è quella degl'intestini, nella quale si vedono macchie alternativamente rosse e pallide; alla fine dell'ileo si vedono sette o otto esulcerazioni di forme diverse, ma nessuna delle quali ha la forma ellittica, in alcune gli orli sono tagliati perpendicolarmente con un poco d'ingrossamento del tessuto sottomucoso, e muscoloso, in altre sono tagliati a sgembo ed accennano un principio di cicatrizzazione sul fondo dell'ulcera con cui si confondono; nel cieco trovasi una sola picciola ulcera lineare; nel colon e nel retto nulla incontrasi di anormale.

Il fegato ha il suo aspetto ordinario; la vescichetta contiene una piccola quantità di liquida bile.

OSSERVAZIONE XXIX.

Dimora recente in Parigi. Raffreddamento che succede a forte caldo; cefalalgia, febbre, nausee e vomiti biliosi, meteorismo, eruzione tifoide, diarrea, secchezza della lingua. Guarigione.

Certa Saguet, operaia, all'età di 26 anni, che sono ora cinque mesi che abita in Parigi, dice di essere malata per la prima volta. Al 12 novembre del 1830, essa viene ad esser bagnata dalla pioggia mentre era molto riscaldata e soffre un forte raffreddamento. In quel medesimo giorno sente del disagio, dei dolori in tutte le membra, sopravviene la diarrea senza coliche, una febbre assai forte senza sete, senza brividio senza traspirazione; perdita dell'appetito, bocca cattiva, nausee e qualche vomito bilioso. Dopo otto giorni, senza altra cura che il riposo e la dieta, la diarrea era cessata, ma l'addome era sempre dolente. Un medico le cava sangue dal braccio e fa attaccare, in due volte, settanta mignatte all'addome, senza altro notabile effetto che un considerabile indebolimento della malata la quale è obbligata ad entrare nell'Hotel-Dieu dove è posta in letto nella sala s. Lazzaro, n.° 19, al sedicesimo giorno della malattia.

Nel decimosettimo giorno, prostrazione senza stupore, intelletto assai chiaro, respirazione alta e difficile, rantolo sibiloso in ambedue i lati del petto; il calore della pelle è acre e secco, il polso frequente, poco sviluppato, dà 120 pulsazioni, la sete è fortissima, la bocca è amara, sulla lingua aridissima si vedono ancora alcune tracce d'intonaco giallastro, la malata ha vomitato per due volte, da che è entrata nell'ospedale, materie biliose, mancanza di evacuazioni alvine, l'addome meteorizzato è dolente cumprimendolo in quasi tutta la sua estensione. Tra mezzo alle numerose punture delle mignatte facilmente si distinguono macchie tifoidi ben caratterizzate; le regole che erano in ritardo di più giorni sono comparse questa notte, ma non hanno continuato a fluire. (*Siero di latte un boccale; limonata citrica due boccali; lavativo ammolliente fomentazioni.*)

Nel diciottesimo giorno la malata risponde meglio alle domande che le vengono fatte, la respirazione è meno difficile, ambedue le guance sono fortemente colorite; ieri non andò del corpo, nè vomitò; anche oggi lagnasi d'amarezza di bocca e di alcune nausee, nessun altro importante cangiamento.

Il diciannovesimo giorno; ieri l'inferma ha avuto, da che è nell'ospedale, la prima evacuazione alvina liquida, la quale evacuazione è formata di materie biliose e contiene tre o quattro vermini lombri-

soidi. Lieve miglioramento di tutti i sintomi.

Al ventunesimo giorno, ella comincia a prendere qualche brodo che è obbligata poi a smettere. La sua convalescenza procede lentissimamente; conserva per lungo tempo grande aridità della pelle ed un poco di frequenza di polso, benchè tutti gli altri sintomi fossero spariti, e non esce dell' ospedale che ai 3 gennaio 1831, perfettamente ristabilita. È stato sospettato con giusti motivi che ella avesse commesso più abusi nel vitto i quali resero considerabilmente più lunga la sua convalescenza.

In questi due fatti, osservati in tempo nel quale la febbre biliosa non mostravasi in Parigi sotto la forma epidemica, vediamo la malattia tifoide presentare, a gradi differenti, i caratteri che appartengono a questa febbre; nel primo, benchè non si fosse osservata nel principio quella aridezza di pelle che è stata specialmente attribuita alla febbre biliosa o gastrica, i caratteri biliosi erano ciononostante assai distinti; il secondo caso in cui lo erano meno, ci offre una naturale transazione verso altri fatti nel quali non trovasi quasi alcuno dei caratteri che gli autori hanno stabilito tra le differenti febbri.

SEZIONE III.

FEBBRE TIFOIDE MUCOSA.

Questa varietà dell' affezione tifoide suppone, al pari della febbre biliosa, circostanze particolari e le quali sembra che appartengano piuttosto ai luoghi nei quali regnano queste malattie che agli individui che ne vengono presi; onde la febbre mucosa, che raramente osservasi a Parigi, almeno coi suoi più notabili caratteri, si è mostrata in alcuni luoghi epidemicamente e costantemente, in questi casi, le lesioni trovate dopo la morte sono state le stesse di quelle che appartengono alle altre varietà dell' affezione tifoide.

Tra le condizioni che è stato detto essere favorevoli allo sviluppamento della febbre tifoide e le quali probabilmente non hanno tutta quell' influenza che ad esse viene attribuita, citasi soprattutto la scarsità del vitto, od il vitto composto unicamente di vegetabili, di pesce, l'abitare in luoghi umidi, malsani, una costituzione indebolita, uno stato di universale indebolimento e finalmente la giovinezza. Che che sia del valore di queste circostanze nella produzione dei sintomi propri della febbre mucosa, i fenomeni che la caratterizzano sono alcuna volta assai distinti per meritare una attenzione tutta particolare; altre volte, e per lo più son male espressi o congiunti con alcuni di quelli che appartengono alle altre varietà.

In quel casi nei quali la forma mucosa è il meglio caratterizzata, essa manifestasi per uno stato d' indebolimento generale; la faccia è pallida ed anche tumida, le carni sono molli, la condizione del malato denota un lentore ed una svogliataggine notabile; la bocca è pastosa, l'alito, la saliva, la respirazione, l' orina mandano un odore acido; le evacuazioni alvine sono generalmente mucose o viscose. Allorchè la febbre tifoide mucosa ha durato per un numero assai limitato di giorni, i sintomi mucosi vengono ordinariamente ad essere nascosti o supplantati dai fenomeni atassici o adinamici, ed il male riprende la fisonomia che il più spesso ha. Tra i quarantadue casi di febbre tifoide osservati nelle sale della clinica, due solamente hanno presentato i sintomi della febbre mucosa assai distinti. Nei quali due casi la malattia è andata a terminare colla morte, ma solo dopo che ebbe rivestita la forma adinamica.

L' istoria dell' epidemia di Gottinga, scritta da Roederer e Wagler, ci offre esempi tanto più pregevoli di questa malattia, in quanto sono i primi in cui sia stata notata l'alterazione dei follicoli nelle febbri continue. Ciononondimeno tutti i casi che eglino descrissero come appartenenti alla febbre mucosa non erano casi di affezione tifoide: soli i più gravi dovevano essere riportati alla malattia che qui discorriamo; eglino al pari della maggior parte degli autori che hanno scritto l'istoria di qualche epidemia in un tempo in cui la diagnosi delle malattie non era così avanzata come lo è ai dì nostri, sono stati colpiti da questa apparente comunanza dei fenomeni generali che si osservano nel corso di tutte le grandi epidemie tra malattie essenzialmente differenti e che nei tempi ordinari non vi si riscon-

trano queste affinità, ed eglino hanno descritto come appartenenti alla febbre mucosa, malattie che non si potrebbero riportare all'affezione tifoide.

OSSERVAZIONE XXX.

Cefalalgia, diarrea, vomiti, prostrazione, erisipela alla faccia. Morte nel trentaquattresimo giorno. Esulcerazione delle glandule di Peyer, dei follicoli isolati, con principio di cicatrizzazione in più punti.

Certa Pogè, merciaia, nel ventesimoterzo anno dell'età, che erano sei mesi che abitava in Parigi, di debole complessione, di colore pallido e grassa, non aveva ancor sofferto gravi malattie, quando, ai 7 di agosto 1831, viene presa, senza apprezzevole cagione, da cefalalgia intensa con febbre e forte dolore all'epigastrio. Le vengono attaccate venticinque mignatte su questa ultima parte, ed un salasso basta a far cessare quasi del tutto il male di testa; ma all'indomani sopravviene un poco di diarrea; la malata soffre continue angoscie con qualche scarso vomito di liquido insipido e viscoso; il dolore dell'epigastrio persiste con considerabile debolezza. Nell'ottavo giorno, la malata entra nell'Hotel-Dieu e viene collocata nella sala s. Lazzaro n.° 15.

Il nono giorno, prostrazione senza stupore, idee chiare, la parola ed i movimenti sono imbarazzati, l'attitudine della malata esprime svogliatezza e noia, ella lamentasi di nausee, di un senso di stringimento alla gola, la lingua è larga e pastosa, una o due evacuazioni alvine liquide nel corso delle ventiquattr'ore, l'addome un poco meteorizzato, e, comprimendolo, sensibilissimo quasi in tutta la sua estensione, e vi si osservano alcune macchie rosee; nel petto nulla riscontrasi di anormale, calore poco elevato della pelle, con madore, polso non resistente, poco frequente, mancanza di sete. (*Dodici mignatte all'epigastrio, soluzione di siroppo di ribes, lavativo ammolliente*).

L'undicesimo giorno, lo stato della malata è presso a poco il medesimo; essa conserva la medesima espressione di svogliatezza e di lassitudine, dice di avere rigettato per più volte materie che non avevano sapore; una o due evacuazioni alvine liquide nello spazio di ventiquattr'ore; il dolore epigastrico continua sempre forte.

Nei giorni segnenti il dolore diminuisce, l'inferma parla e muovesi con maggior facilità, ella acquista anche un poco di vivacità, non lagnasi più di oppressione, e non ha più la bocca così pastosa, la diarrea cessa quasi affatto.

Il ventesimo terzo giorno, senza apprezzevole cagione, ritornano i primi accidenti, ma con maggior gravezza, prostrazione e stupore, la lingua è secca con intonaco bruno, cinque evacuazioni alvine liquide nello spazio di ventiquattr'ore, alcune vomiturizioni simili a quelle del principio della malattia.

Verso i giorni ventesimosettimo e ventesimottavo, sopravviene nuovo miglioramento, benchè poco notabile, la malata non è più nello stupore, le evacuazioni liquide sono meno frequenti, ma verso il trentesimo giorno ritornano i medesimi fenomeni, evvi eziandio un poco di delirio, il labbro superiore è più grosso dell'ordinario, le glandule sottomascellari sono tumefatte, all'indomani l'erisipela comincia ad estendersi all'orecchio ed al naso, poi continua i suoi progressi e prende tutto il destro lato della faccia e del collo ed una parte del cuoio capelluto.

Nel trentesimo quarto giorno, l'erisipela è quasi intieramente sparita senza lasciare alcun vestigio, la malata è in uno stato di stupore che si avvicina al coma, ella ha avuto durante la notte una lieve epistassi, muore all'indomani.

Apertura del cadavere fatta trentasette ore dopo la morte.

Abito generale. Non resta più segno d'erisipela, la faccia è pallida, non evvi intumescenza, l'addome ha la forma di tazza.

Cranio. Nel cuoio capelluto non trovasi edema, le meningi sono lievemente iniettate, nella sostanza cerebrale, un poco soda, nulla osservasi di anormale. Ciascuno dei ventricoli laterali contiene due cucchiai da caffè di limpido siero.

Torace. Il polmone sinistro è perfettamente sano; nel lobo inferiore del destro osservasi dell'intasamento cadaverico; nel mezzo a questo lobo trovasi un lobulo in istato d'epatizzazione grigia, situato alla sua superficie e visibile a traverso della

pleura, i bronchi sono a sinistra perfettamente bianchi, ed a destra di color violetto carico. Il cuore è flaccido, non rammollito e non contiene che sangue fluido.

Addome. L'esofago è sano; nella mucosa dello stomaco si trovano numerose pieghe con rossore della parte rilevata, senza altra alterazione. Il duodeno ed il digiuno sono nello stato normale, nell'ileo si osservano superiormente delle chiazze in parte esulcerate, di color lavagna, la mucosa che resta alla loro superficie è un poco grossa, indurata, negli ultimi quindici pollici, numerose esulcerazioni pochissimo estese e che pare che dipendano dall'alterazione dei follicoli isolati, Inoltre gran numero di questi ultimi hanno un volume anormale, ma senza esulcerazione. Tutto l'ileo, che era approfondato nel picciolo bacino, ha un colore roseo generale ed uniforme. I grossi intestini contengono materie stercoracee in parte solide, in tutta la loro lunghezza, fino al retto, vi si incontra una quindicina di esulcerazioni di color lavagna; tutte le glandule mesenteriche che corrispondono al colon ed all'ileo sono rosse, dure, appena più grosse delle lenticchie.

La milza ha appena la metà del suo volume ordinario.

Il fegato, cha pel volume e pel colore non si discosta dall'ordinario, ha nel sinistro suo lobo un tumore della grossezza di un pomo mezzano, contenente idatidi e pus.

OSSERVAZIONE XXXI.

Dimora recente in Parigi; lunghe fatiche; cefalolgia, febbre, prostrazione e stupore, eruzione tifoide; miglioramento verso il diciottesimo giorno della malattia. Guarigione.

Certo Methivier, valigiaio, nell'età di 18 anni, che erano quindici mesi che abitava in Parigi, di temperamento linfatico, di debole complessione e di cattiva salute fu obbligato a passare più notti di seguito lavorando, sul finire dell'aprile 1831; ai 5 maggio è preso, senza altra apprezzevole cagione, da brividio al quale succede forte calore con intensa cefalalgia; costipazione durante i primi giorni, beve per più volte del vino caldo, nell'ottavo giorno alla costipazione succeda la diarrea, due o tre evacuazioni alvine liquide in ciascun giorno. Egli entra nell'Hotel-Dieu al tredicesimo giorno della sua malattia e viene collocato nella sala s. Maddalena, n.° 14.

Il quattordicesimo giorno, prostrazione con stupore, leggiera cefalalgia, lingua pastosa, appiccicaticcia, coperta di pellicole biancastre, odore insipido dell'alito, nausee e senso di oppressione e di ripienezza, quattro o cinque evacuazioni alvine liquide per giorno, dolori nell'addome. (*Salasso di dieci once*, *soluzione di siroppo di ribes, lavativo ammolliente*).

La cefalalgia sparisce completamente, la diarrea va diminuendo poco a poco, come anche lo stupore, di poi la prostrazione. Nel terzo giorno bollicine acquose in grandissimo numero sul ventre e sul petto, il dolore dell'addome continua sino al ventottesimo giorno in cui il malato entra in convalescenza, egli esce dopo un mese del tutto ristabilito.

Le tre varietà dell'affezione tifoide che si sono discorse si presentano sempre al cominciare della malattia; raramente si prolungano fino ad un'epoca avanzata, e mai appariscono verso la fine dell'affezione. Alcuna volta, egli è vero, si vedono sopravvenire nell'ultimo periodo od anche durante la convalescenza, sintomi infiammatorii prodotti dall'accendersi di qualche flemmasia grave che apparisca a quest'epoca; ma perciò stesso questo stato morboso differisce essenzialmente da quello che appartiene alla febbre tifoide infiammatoria. Altresì, è ordinariamente facile distinguere durante la vita la lesione che la induce. Le varietà che ora ci restano da esaminare si presentano in un altro ordine; i fenomeni che le caratterizzano sopravvengono alcuna volta per certo sul cominciare della malattia, ma per lo più essi non si sviluppano che durante il secondo o terzo periodo e persistono fino al termine.

SEZIONE IV.

FEBBRE TIFOIDE ATASSICA.

Questa varietà della malattia tifoide è una delle meglio caratterizzate e delle più frequenti; ell'è di più quella che termina

più prestamente e più soventemente colla morte. Alcuna volta i sintomi atassici esistono soli, altre volte sono congiunti a quelli di altre varietà; tra i quarantadue casi già ricordati, quattro volte erano soli, ed in questi quattro casi, la morte è sopravvenuta nell'ottavo, nel nono, nel dodicesimo giorno della malattia. I sintomi atassici sono succeduti in due casi ai sintomi infiammatorii, ed in altri due ai sintomi dell'adinamia; in due soli soggetti questi fenomeni atassici hanno fatto luogo, dopo alcuni giorni di durata, a quelli della febbre adinamica. Di maniera che tra i quarantadue casi di affezione tifoide terminati colla morte, in dieci sonosi osservati i sintomi atassici, o isolati o congiunti a quelli di altre varietà.

La febbre atassica, e per conseguenza la varietà atassica dell'affezione tifoide mostrasi particolarmente per la predominanza notabile della perturbazione delle funzioni di relazione, come il delirio più o meno intenso, le grida, le vociferazioni, le minacce, gli sforzi per percuotere o liberarsi dai legami, qualche volta il delirio tranquillo, l'assopimento, l'alterazione od il pervertimento dei sensi, i sussulti dei tendini, le convulsioni, l'irrigidimento, ec.

In altri casi, il carattere atassico manifestasi non tanto pel perturbamento delle funzioni che immediatamente dipendono dal sistema nervoso, quanto per una sproporzione o discordanza notabile tra i fenomeni che simultaneamente o successivamente si manifestano; onde, nel tempo che il polso è vivace precipitato, la pelle resta poco calda, oppure una parte è fredda nel tempo che tutto il resto del corpo è ad un grado elevato di calore. In qualche altro caso in cui si veduno sul volto del malato i segni espressi di affezione quasi inevitabilmente mortale, il polso appena appena è alterato di forza e di frequenza. Una delle più frequenti varietà dell'atassia, si è quella nella quale il delirio non è punto proporzionato agli altri fenomeni morbosi. Il malato, quando la sua attenzione viene ad essere fortemente fermata, risponde con assai aggiustatezza alle domande che gli vengono fatte, anche in casi in cui i fenomeni febbrili sono intensissimi, ed in cui, in altri momenti, il delirio è molto forte.

Alcuna volta in mezzo ad accidenti gravissimi, vedesi sopravvenire tutto ad un tratto una remissione che potrebbe far credere al medico che fosse stato commesso un errore di diagnostico, in sì fatti casi, i sintomi ritornano bentosto più gravi ed il termine della malattia è quasi sempre funesto. Tra i casi di questo genere si ha da collocare la maggior parte di quelli nei quali l'infermo riacquista, alcuni istanti prima di morire, la libertà intiera dell'intelletto. Questo fenomeno che gli antichi osservarono nelle febbri ardenti, appartiene per lo più alla varietà della affezione tifoide che qui si discorre.

I fenomeni atassici, al pari dei fenomeni biliosi, mucosi e adinamici, non appartenendo esclusivamente alla malattia tifoide, possono incontrarsi in gran numero di altre affezioni acute, e specialmente nelle flemmazie viscerali, nelle affezioni puerperali e nelle malattie eruttive, ma sono molto più frequenti nella malattia tifoide che in qualunque altra. Finalmente, osservasi lo stato atassico in alcuni soggetti nei quali non trovasi, tanto durante la vita, quanto facendo l'apertura del cadavere, alcuna grave alterazione a cui si possa attribuirla, come anche la morte che in questi casi sopravviene alcuna volta nel termine di pochi giorni od anche di alcune ore. Questi ultimi fatti non possono essere confusi coll'affezione tifoide, imperocchè ne differiscono in primo luogo per la differenza della durata che è soventemente cortissima, in seguito per la mancanza dei sintomi propri dell'affezione tifoide e della alterazione dei follicoli.

Le cause che imprimono all'affezione tifoide la forma atassica sono per lo più oscure. In alcuni casi, a vero dire, il temperamento nervoso degl'individui, le violente commozioni dell'animo sofferte avanti l'invasione della malattia, pare che somministrino la spiegazione dei fenomeni anormali che ella presenta; ma in altri casi, sì fatte predisposizioni esistono in soggetti nei quali i sintomi atassici non appariscono, e qualche volta veggionsi manifestare con straordinaria violenza in persone di robusta costituzione, ed il cui sistema nervoso pare che sia inaccessibile alle cagioni valevoli a commuoverlo.

Le due seguenti osservazioni ci somministreranno esempi notabili di questa varietà dell'affezione tifoide.

OSSERVAZIONE XXXII. (1)

Fatica, disagio generale, cefalalgia, febbre intensa, delirio furioso, stupore, movimenti convulsi molto energici. Morte nell'ottavo giorno. Chiazze di Peyer a foggia di favo intatte, follicoli isolati ingorgati.

Certo Dubois, servitore, nell' età di 33 anni, che sono più anni che dimora in Parigi, dice di avor molto faticato per tutto il corso dell' estate; accadevali frequentemeute di sentir freddo dopo avere avuto molto caldo; verso la metà di ottobre 1828, patì dolori assai forti nei reni, che di là passarono nel dorso e nelle cosce; nel termine di alcuni giorni, ai 25 ottobre, senza apprezzevole cagione, viene ad un tratto preso da forte cefalalgia con brividi, per cui è obbligato a restare in letto; coliche fortissime con un poco di diarrea; entra nell' Hotel-Dieu ai 29 ottobre, nel quinto giorno della sua malattia e senza che fosse stato medicato di alcuna maniera.

Il sesto giorno, ogli lagnasi di cefalalgia e di forti coliche, la fisonomia è animata, il polso è poco frequento e poco sviluppato, la pelle calda è un poco alituosa, lo sguardo del malato ha qualche cosa di bizzarro, benchè risponda con aggiustatezza alle domande che li vengono fatte, non guarda però le persona che lo interroga. Nella uotte è preso da delirio e vuol gettarsi per la finestra.

Nel settimo giorno, torna a volerlo fare, nel tempo della visita, delirio furioso, gli occhi sono fissi al piedo del letto, largamente aperti, egli resta immobile nella camiciola di forza, colle membra irrigidite, e non risponde ad alcuna domanda, gli viene pizzicottata fortemente la pelle e pare che non lu senta punto, como anche pare che non senta la compressiono che li vien fatta sull'addome, il polso è un poco frequente e quasi senza forza.

Nell'ottavo giorno, il malato è in uno stato di stupore profondo, tutte le membra sono nel rilassamento, non si può ricavare da lui alcuna risposta, gli viene pizzicottata la pelle e pare insensibile, la lingua, che ciononostante mostra, è rossa ed umida, il medesimo stato degli occhi e delle pupille, il polso si è fatto molto frequente, e dà tra le 130 e le 140 pulsazioni.

La sera alle ore quattro, il polso è frequente come nella mattina; la faccia è ammorbatissima, gli occhi sporgenti e lucentissimi, egli mettesi in positura disagiata e vi sta luugamente, se li dico di mostrare la lingua ed ei la spinge foora con forza, ed all' istanto stesso getta la testa indietro e si posa in maniera da formare con essa, col collo, e coi reni un arco la cui convessità è in addietro, resta in cotesta positura per dieci minuti e dice alcune parole ma prive di senso ed interrotte. Muore nella notte.

Apertura del cadavere fatta ventisei ore dopo la morte.

Cranio. Le vene delle meningi sono pieno di saugue, nella sostanza cerebrale, la quale è soda ma non però dura, non riscontrasi alcuna apprezzevole lesione.

Torace. Il sinistro polmone è aderente alla pleura costale per tutta la sua estensione, il destro è perfettamente sano. Il cuore è pieno di sangue, le pareti del ventricolo sinistro sono rammollite, esse cedono alla compressione del dito.

Addome. La mucosa dello stomaco, generalmente bianca, presenta alcune macchie di colore rosso carico ed un numero assai grande di pieghe; dappertutto ha l' ordinaria sua consisteuza. Nel duodeno e nel digiuno nulla evvi di anormale. Nell' ileo, verso la metà della sua lunghezza, si trovano più chiazze ellittiche, protuberanti, aventi il colore della mucosa vicina od una meno carica gradazione; quanto più si procede verso il cieco, tanto più il loro rialzo si fa maggiore, nessuua è esulcerata; esse sono tramescolate di chiazze meno estese. Negli ultimi otto o dieci pollici dell' intestino ileo trovasi inoltre uu gran numero di follicoli isolati, lontani appena alcune linee gli uni dagli altri; essi tutti fanno un forte rialzo ed hanno il medesimo colorito delle chiazze, nessuno è esulcerato. Nel cieco e nel colon non trovasi alcuna alterazione. Le glandule mesenteriche sono voluminose, rosse, non rammollite. La milza ha presso a poco il

(1) *Raccolta nelle sale del professore Recamier.*

suo volume ordinario. Il fegato è sano, la vescichetta contiene un fluido nerastro, filante, quasi viscoso.

Nella riportata osservazione troviamo fenomeni atassici persistenti per la maggior parte del tempo che durò la malattia. Le lesioni trovate dopo la morte (all' ottavo giorno) hanno grandissima somiglianza con quanto vedemmo nei soggetti delle osservazioni I e III, i quali morirono alla medesima epoca.

OSSERVAZIONE XXXIII.

Dimora recente in Parigi, nostalgia lieve, cefalalgia, diarrea nel giorno ventesimo della malattia, macchie rosee lenticolari, delirio, stupore, sussulti di tendini, miglioramento che segue all'amministrazione dei tonici, principio della convalescenza nel cinquantesimo giorno. Guarigione.

La giovine M..., sartora, nel ventesimo terzo anno dell' età, che da soli tre mesi abitava in Parigi, godeva abitualmente buona salute, ma soffriva della noia da che era venuta a Parigi. Al principio del gennaio 1832, le sue regole che da tre giorni fluivano e che dovevano continuare ancora per più giorni, cessano subitamente; subito ella soffre del disagio; cefalalgia, nausee. I quali sintomi andando ad aumentare, ell' è obbligata, dopo otto giorni, di restare in letto, nè le viene apprestato alcun rimedio, se non che sta a dieta, e prende acqua zuccherata per bevanda. Viene ricevuta nell' Hotel-Dieu nel quindicesimo giorno della malattia ed è posta nella sala s. Lazzaro, al letto n.° 9.

Nel sedicesimo giorno, espressione di abbattimento; non mobilità di lineamenti; rossore notabile del volto; cefalalgia intensa; vigilia assoluta. Nella notte è avvenuta lieve epistassi; sete ardente, disappetenza; bocca arida, lingua rossa in punta, appiccicaticcia; comprimendo la regione iliaca destra ed il fianco sinistro si desta dolore; la milza sorpassa di due o tre dita traverse il margine inferiore delle costole; nell' addome, voluminoso, sonoro, si vedono alcune macchie rosee; mancanza di evacuazioni alvine da tre giorni in poi; esse sono state scarse e sempre sode fino dal principio della malattia. Respirazione placida; nulla di notabile praticando l'ascoltazione o la percussione; il polso è frequente, di mediocre forza; la pelle calda e un poco secca. (*Salasso di dodici once; soluzione di siroppo di gomma clorurata*, ec.)

Nei seguenti giorni, tutti cotesti sintomi si aggravano. Al ventunesimo giorno, sopravviene un poco di diarrea; la frequenza del polso è aumentata; l'eruzione tifoide diviene numerosissima; la lingua è più umida. Nel termine di qualche giorno, la malata comincia a mandar gemiti, che alternano col delirio; le parti sulle quali poggia il peso del corpo non presentano segni d'infiammazione; appena una o due evacuazioni alvine involontarie, uscita involontaria dell'orina, sussulti di tendini, umidità della lingua. Al ventottesimo giorno viene cominciato l'uso dei tonici, uniti alle preparazioni clorurate. (*Pozione con estratto di china china, decozione di china china per bevanda; lavativo di china china*).

Quasi di subito sopravviene miglioramento nello stato della malata, nella quale si osserva un insieme di fenomeni adinamici o atassici, che vanno diminuendo o aumentando secondo che viene diminuita od aumentata la quantità del tonici che le sono prescritti. Ella resta in questo stato dal giorno ventesimo quarto fino al quarantesimo in cui il miglioramento manifestasi più chiaramente, e non entra in convalescenza che verso il giorno cinquantesimo della malattia. Fino allora era l'inferma poco smagrata, ma nella convalescenza ne segue uno smagramento notabile; ella esce imperfettamente ristabilita, dopo essere stata per più di tre mesi nell'ospedale.

Noi qui troviamo i fenomeni atassici ed i sintomi propri della malattia tifoide sì distinti, che quantunque l'apertura del cadavere non sia venuta a confermare la diagnosi, non si può contuttociò aver dubbio intorno alla natura vera della malattia. Evvi pur nonostante questa differenza tra questo fatto ed il precedente: ed è che nell'osservazione XXX. vediamo i fenomeni atassici persistere per tutto quasi il tempo che dura la malattia, e nell'ultima invece essi sopravvengono durante il corso di una affezione tifoide adinamica, assai bene caratterizzata, e

nella cui curasione è stato facile verificare l'azione dei tonici pel miglioramento che avvenne quando vennero posti in opera e per l'esacerbazione dei sintomi che seguì per più volte alla diminuzione della quantità che se ne usava o all'averli del tutto tralasciati.

FEBBRE TIFOIDE LENTA NERVOSA.

Questa varietà dell'affezione tifoide di cui Huxham ha fatta la descrizione, non tiene altrimenti, come il suo nome indurrebbe a crederlo, un andamento cronico; tutte le varietà della febbre tifoide sono affezioni essenzialmente acute, e Huxham ha adoperata l'espressione di febbre lenta per denotare, come egli medesimo l'ha detto, d'apparenza di lentezza e la falsa benignità della malattia; egli ha veduto morire dei soggetti nel settimo e nell'ottavo giorno. Nella febbre lenta nervosa, tutti i fenomeni morbosi sono poco notabili, il malato è indifferente a tutto, egli sente universale lassitudine, una gravezza ed un abbattimento generale; il dolore di testa che costantemente osservasi è poco grave, e secondo Huxham, egli prende particolarmente la sommità della testa; il polso è frequente ma debole; la vigilia è continua e quantunque sembri che il malato alcuna volta sonnacchi, lamentasi di non poter chiudere occhio; non si lagna che di poca sete quantunque dica di aver la bocca secca ed urente. Allorchè sopravviene il delirio quasi mai è violento e non consiste che in una confusione di pensieri e di azioni, borbottando l'infermo continuamente tra i denti o nel parlare balbettando; altre volte, le sue risposte, che sono sempre lente e tardive, paiono giuste alle persone che nol conoscono, ma sono d'uomo che delira per gli altri. La lingua resta imperfettamente umida per una grande parte della malattia.

Se ella procede verso un infausto esito, il malato va ad indebolirsi insensibilmente; lo stupore si fa più grande e tutti gli altri sintomi adinamici non tardono a manifestarsi. Allorchè, al contrario, l'esito ne deve esser fausto, pare che il malato esca poco a poco da quello stato soporoso in cui è rimasto assorto più o meno lungamente, oppure ne esce tutt'ad un tratto e come se si svegliasse da lungo sonno.

I sintomi della febbre nervosa sono qualche volta, nel principio, associati ai sintomi infiammatorii, biliosi o mucosi, ma i fenomeni di reazione sono mal caratterizzati. Ad un'epoca avanzata soventemente si osservano dei sintomi d'adinamia.

I fenomeni nervosi hanno minore intensità che nella febbre atassica propriamente detta; alcuna volta avvengono movimenti convulsivi nei tendini. Si vedono altri malati mantenere un'allegrezza placida fino ad un periodo molto avanzato.

Noi andiamo ad esaminare questa varietà della malattia tifoide nelle tre osservazioni che seguono dove la troveremo di più in più caratterizzata.

OSSERVAZIONE XXXIV.

Dimora recente in Parigi. Disagio, cefalalgia, prostrazione, epistassi, diarrea, eruzione tifoide, meteorismo addominale, convalescenza nel sedicesimo giorno. Guarigione.

Certo N., portatore d'acqua, nel diciottesimo anno dell'età, dimorante in Parigi da otto mesi, aveva sempre goduta buona salute. Ai 9 di novembre 1831, sente, levandosi, forte disagio; alla sera cefalalgia; debolezza che va crescendo e l'obbliga a restare in letto nel terzo o quarto giorno; alternativa di brividi e di calore; due epistassi. Un medico a cui chiede consiglio ordinagli di prendere una polvere di cui egli ignora il nome, presa la qual polvere gli sopraggiunge la diarrea non forte che continua per lo spazio di più giorni. Entra nell'Hotel-Dieu, ai 19 novembre 1831 e viene posto nella sala s. Maddalena nel letto n.° 32, nel decimo giorno della sua malattia.

Nell'undicesimo giorno, lieve prostrazione, cefalalgia assai intensa, disappetenza, stordimento quando si pone a sedere, difficoltà a star ritto, andatura incerta, come quella d'uomo briaco. Peraltro ha potuto venire a piedi all'ospedale, sostenuto da un suo compagno, colorito rosso, senso di secchezza in bocca, sete ardente a momenti, dolore mediocre comprimendo l'epigastrio e la regione iliaca destra. Mancanza di evacuazioni alvine

da che il malato è nell'ospedale, un poco di meteorismo, alcune picciole macchie lenticolari, respirazione libera, non rantolo sibiloso, il polso dà 72 pulsazioni, ed è largo, cedevole, calore elevato, ma senza asprezza, sudore fugace. (*Salasso di due scodellette, soluzione di siroppo di gomma.*)

Il dodicesimo giorno, il coagulo è assai sodo, non evvi frequenza di polso; ieri il malato non è andato del corpo, le macchie lenticolari sono più numerose e più rosse, il dolore epigastrico ed il meteorismo addominale non hanno cangiato.

Nei giorni seguenti, il dolore di testa riprende nuova intensità, il polso è un poco frequente, la vigilia è quasi cotinua, nella giornata vi è stata poca agitazione, l'eruzione tifoide diviene spessissima e meglio caratterizzata, il malato non va del corpo che per mezzo dei lavativi, il meteorismo esiste tuttora, viene praticato un picciolo salasso nel quindicesimo giorno, e all'indomani questi lievi sintomi infiammatorii si erano dileguati; nel termine di due o tre giorni l'infermo entra in convalescenza, ed uscì dell'ospedale perfettamente ristabilito ai 13 di novembre.

OSSERVAZIONE XXXV.

Disagio, cefalalgia, prostrazione, epistassi, dolori addominali, petecchie, eruzione tifoide, convalescenza nel quarantesimo giorno. Guarigione.

Certo Lambert, moratore, nell'età di 32 anni, che erano tre anni da che dimorava in Parigi, godeva buona salute, nè aveva commesso alcun eccesso quando ai 16 novembre 1830, venne preso da brividi con disagio nelle braccia e nelle gambe; dolori addominali e cefalalgia nel terzo giorno senza diarrea nè costipazione; continua a lavorare per cinque giorni, ed è obbligato di farsi portare all'Hotel-Dieu ai 23 novembre, dove è posto nella sala s. Maddalena, n.° 34, nel settimo giorno della malattia.

Nell'ottavo giorno, prostrazione poco notabile, stato di debolezza, lentezza dei movimenti, immobilità dei lineamenti, epistassi nella notte, poco sonno ed agitatissimo, tutte le risposte del malato sono giuste, egli lagnasi di leggiera cefalalgia, la lingua è coperta di un intonaco biancastro, l'epigastrio è un poco dolente comprimendolo, sono tre giorni che l'infermo non è andato del corpo, il polso è poco frequente, poco sviluppato, calore della pelle un poco elevato, senza notabile aridità. (*Salasso di due scodellette, soluzione di siroppo di ribes, fomentazioni sull'addome, lavativo.*)

Al nono giorno, la prostrazione è maggiore, picciolo il dolore epigastrico, sul petto si vedono dei marezzi simili alle macchie degli scorbutici, larghi e poco carichi di colore, la lingua ha un colorito rosso vermiglio nella sua estremità, è bianca sui lati, umida, mancanza di evacuazioni alvine, lieve meteorismo dell'addome.

L'undecimo giorno, per la prima volta, il malato è andato del corpo espellendo materia liquida; la prostrazione continua, le risposte sono giuste, ma brevi e precipitate, tosse frequente, respirazione corta, suono naturale di ambedue i lati del petto, la respirazione vi si sente egualmente bene.

Al quattordicesimo giorno, la parola è meno precipitata, il malato non soffre più vertigini quando, lo si fa mettere seduto, il polso ha acquistato maggior frequenza, la pelle ha un calore secco ed acre, costipazione; sull'addome, appena sensibile comprimendolo, si vedono alcune macchie rosee, ed è un poco risuonante; gorgogliamento nella regione iliaca destra; sì fatto stato continua senza grande cambiamento fino al ventesimo giorno, la fisonomia del malato esprime maggiore abbattimento e tristezza, risponde sempre molto aggiustatamente alle domande che li vengono fatte, ma brevemente, e tenendo di continuo gli occhi fissi verso il piè del letto. Dopo il ventesimo giorno, pare che la debolezza aumenti, lo stupore si fa più grave, di tempo in tempo segue un evacuazione alvina liquida nelle ventiquattr'ore, il malato dimagra sensibilmente.

Il ventesimo sesto giorno, la tosse continua, benchè assai rara, a destra si sente un crepito di bolle grosse e secche, ed il rantolo sibiloso a sinistra; vengono applicati i vescicanti alle cosce, viene dato al malato qualche brodo che sostiene benissimo, e verso il trentesimo secondo giorno dice di sentirsi meglio, in alcuni giorni lo stupore sparisce affatto, ma non la de-

bolezza, la faccia del malato molto dimagra, ed al quarantesimo giorno entra in convalescenza la quale ha avuto prospero processo; molta difficoltà incontrasi a far seccare i due vescicanti, che si erano esulcerati, ed egli esce dell'Hotel-Dieu dopo avervi passati due mesi.

OSSERVAZIONE XXXVI.

Dimora recente in Parigi. Invasione subitanea, cefalalgia, prostrazione, epistossi, delirio, eruzione tifoide, evacuazioni involontarie; sussulti di tendini, emorragie intestinali. Morte nel ventunesimo giorno della malattia. Esulcerazioni sull'epiglottide e nella laringe; numerose esulcerazioni con avanzi di escare giolle nell'ileo, e sanguigno infiltramento della mucosa.

Certo Fuliquier, nel ventesimo sesto anno dell'età, fattore, che erano quattordici mesi che abitava in Parigi, aveva sempre goduto buona salute. Nel primo giorno del gennaio 1832, viene subitamente preso e senza apprezzevole cagione, da cefalalgia, dolori nel collo e nelle membra, e febbre con forte calore che costringe il malato a restare in letto. Dopo qualche giorno, a cotesti sintomi si aggiunge la diarrea; due o tre evacuazioni liquide nel corso delle ventiquattr'ore ed alcune epistassi. Ai 10 gennaio, è ricoverato nella sala s. Maddalena, n.° 33, dopo essere stato salassato una volta in casa sua.

Nell'undecimo giorno, decubito dorsale, il malato non si può mettere seduto, nè rivoltarsi, la parola è imbarazzata, le risposte sono lente ma giuste, la bocca è secca, la lingua appiccicante è coperta di assai grosso strato di muco brunastro, la deglutizione è facile, il ventre disteso, è sonoro in tutta la sua estensione e dolente se si comprima sulla regione iliaca destra, vi spesseggiano macchie lenticolari rosee; egestioni liquide, poco frequenti, calore secco e mordicante della pelle, tosse rara, rantolo sibiloso in ambedue i lati e posteriormente, il polso dà 96 battiti, ed è di mediocre volume. (*Soluzione clorurata di siroppo di gomma; lavanda clorurata, bagno clorurato, lavativo idem.*)

Il dodicesimo giorno, il malato va più volte del corpo involontariamente nel corso della notte, vigilia e agitazione.

Il giorno decimo settimo, le materie evacuate contengono grande quantità di sangue; i sussulti sono frequentissimi e si estendono a tutto il corpo, evvi cefalalgia, la lingua e le labbra sono coperte di uno strato di materia nera, diseguale, grossissimo, il polso è debole e come vuoto, nelle evacuazioni continuasi a trovare del sangue quasi puro; il malato muore nel ventesimo giorno, dopo essere stato posto, solo nel giorno ultimo, all'uso dei tonici.

Apertura del cadavere fatta ventidue ore dopo la morte.

Abito generale. Addome fortemente disteso, irrigidimento delle membra.

Cranio. Edema delle meningi alla faccia convessa degli emisferi. Nel cervello nulla trovasi di anormale.

Torace. Nei due orli dell'epiglottide e nella sua faccia anteriore si incontrano tre ulcere larghe in modo che ne prendono quasi tutta l'estensione; la cartilagine che è allo scoperto, è terrosa e nera. Nella parte posteriore dell'inferior lobo del polmone vi è dell'intasamento, e probabilmente dell'apoplessia polmonare. Il destro lobo è aderente, nella sua sommità è una caverna capace di contenere una picciola noce, di pareti ulcerose, cretacee, circondata nella metà del lobo superiore di granulazioni semitrasparenti; il lobo inferiore trovasi nel medesimo stato di quello del lato sinistro.

Addome. Lo stomaco contiene un liquido simile ad una dissoluzione di giallo d'uovo, la mucosa è rammollita in tutti quei punti nei quali era in contatto con questo fluido; nel duodeno e nel digiuno nulla si trova di anormale. La mucosa dell'ultimo piede dell'ileo, che era sprofondito nel picciol bacino, è di color rosso livido ed infiltrata, per tutt'altrove è bianca e trasparente. Nei due terzi superiori dell'ileo si trovano numerose chiazze di Peyer, tutte rilevate, coperte di un tessuto reticolato le cui maglie si scostano tanto più le une dalle altre quanto le chiazze che si esaminano sono più prossime alla valvula. Nell'ultimo terzo, colle chiazze reticolate trovansi mescolate altre chiazze in parte esulcerate con ipertrofia del tessuto muscoloso, ed in parte coperte di avanzi di escare gialle. Nel cieco sono cinque o sei ulcere rotonde come fatte collo stampo; nel resto dei grossi intestini nulla si rinviene di anormale; essi

contengono materie quasi solide a che non sono colorite dal sangue. Le glandule mesenteriche degli ultimi due piedi della lunghezza dell'intestino gracile sono grosse come picciole noci, rosse e rammollite; la milza ha il doppio volume dell'ordinario.

SEZIONE V.

FEBBRE TIFOIDE ADINAMICA.

La forma adinamica è la più frequente di tutte quelle sotto di cui mostrasi la malattia tifoide; ciò almeno si è quanto è stato osservato negli ospedali di Parigi da alcuni anni in qua; tra i quarantadue casi già citati, e che sono andati a terminare colla morte, truviamo essere l'adinamia stata notabile in ventisei soggetti.

Si possono dividere in due serie ben distinte i casi in cui osservasi questa forma; quelli nei quali l'adinamia sopravviene nel principio, e quelli in cui non manifestasi che nel corso della malattia; i primi sono molto meno numerosi dei secondi. Tra i ventisei soggetti di cui qui parliamo, in dieci sonosi osservati, fino dal cominciare della malattia, sintomi adinamici che hanno persistito per tutto il tempo della durata di lei; in sedici non sonosi riscontrati questi sintomi che consecutivamente e ad un periodo avanzato della malattia.

La costituzione scaduta, le gravi e lunghe fatiche, ogni maniera di privazioni, i lunghi dispiaceri è sembrato che abbiano alcuna volta impresso alla febbre tifoide, come ad altre affezioni, il carattere adinamico; ma l'adinamia mostrasi sì frequentemente nella malattia che si discorre da dovere ammettere nella cagione che produce l'affezione tifoide un'influenza specialmente debilitante.

I sintomi che caratterizzano la forma adinamica variano d'intensità secondo l'epoca nella quale si osserva e secondo la gravezza della malattia; eglino si mostrano con diversi gradi dalla prostrazione al coma negli ultimi istanti della vita. In tutti i casi, il fenomeno predominante è l'indebolimento della contrattilità muscolare, indebolimento che può giungere poco a poco ad imitare la paralisia.

Vedesi successivamente il malato con tutte le apparenze della forza non potere ascendere il letto o risalirvi senza l'aiuto di altra persona; neppure egli può restare seduto senza soffrir vertigini; la testa gli gira come se fosse ubbriaco. Altre volte la debolezza giunge a tale che egli non può girarsi ne piegarsi facilmente nel letto; a quest'epoca bisogna sostenerlo, calarlo, se si può dire, per impedire a che ricada sempre nella medesima posizione e prevenire la formazione di escare al sacro, ed in altre parti. Verso la fine, egli resta affatto immobile e trovasi dopo un'ora, due ore, e anche dodici ore, nella positura in cui erasi lasciato, se non sia venuto, nell'intervallo, qualcuno a muoverlo.

È questa l'epoca della malattia in che si osservano sì frequentemente l'incontinenza o la ritenzione delle orine e le evacuazioni involontarie.

Nella maggior parte dei casi alla diminuzione della contrattilità muscolare aggiungesi notabile indebolimento delle facoltà intellettuali; lo stupore che sì spesso si osserva nei primi giorni della malattia ne è il primo indizio. Nei più gravi casi o ad un'epoca più avanzata, se voi rivolgete la parola al malato, egli più non risponde, e l'immobilità dei suoi lineamenti è la prova che non vi ha inteso; se alzate fortemente la voce parlando per destare la sua attenzione, i suoi occhi girati un istante verso di voi, ma bentosto riportati davanti dal suo letto, saranno la sola risposta. La cefalalgia è costante in questa varietà quanto nelle altre; essa va diminuendo a misura che lo stato adinamico si fa maggiore e viene in sua vece la vigilia o succedono sogni quasi continui.

Essendo il malato obbligato, per la chiusura delle narici, a respirare per la bocca, la lingua, le labbra, ed i denti non tardano a coprirsi di uno strato grosso di mucosità disseccate che si estendono fino nella faringe, e contribuiscono a rendere difficile la deglutizione. In questa varietà, ordinariamente il meteorismo è notabilissimo, e la sensibilità comprimendo nulla; le evacuazioni alvine sono frequentemente involontarie, e quasi sempre fetidissime; nelle parti sulle quali posa il peso del corpo osservasi un rossore infiammatorio che precede la gangrena e denota la formazione d'escare sul sacro, sulle anche, ai talloni e alcuna volta anche sulla pelle che ricopre la cartilagine dell'orecchio. La medesima

disposizione gangrenosa osservasi similmente in quei luoghi nei quali sono stati applicati gl' irritanti come anche osservasi talora in altri luoghi sui quali niuna esterna cagione ha agito.

L'orina ed il sudore mandano un puzzo notabile; la bocca esala un odor particolare che viene attribuito all'aria espirata, ma più verosimilmente nasce dalla presenza delle mucosità che riempiono la bocca. I polmoni che partecipano dello stato di universale prostrazione, presentano soventemente, nel termine di alcuni giorni, un intasamento che alcuna volta passa all'epatizzazione.

Sulla pelle si osservano, in molti casi, petecchie talora strette, e di colore rosso vivace simile a quello della *purpura hemorragica*, talora larghe, e dimrno distinta gradazione, come quelle che si trovano presso gli scorbutici; in essa si sente un calore secco che dura per qualche tempo, ma che, quando la malattia prolungasi al di là del primo e particolarmente poi del secondo periodo, si accosta e qualche volta discende sotto l'ordinaria temperatura, benchè gli altri fenomeni conservino tutta la loro intensità. Il polso è costantemente debole, spesso tremulo, qualche volta l' arteria sembra vuota al dito che la comprime. In quanto poi alla frequenza di esso è molto varia; in alcuni casi ell'è molto grande, ma per lo più quando i fenomeni adinamici sono molto notabili, il polso rallentasi, e talora cade anche, e notabilmente al disotto del suo numero ordinario.

La durata della febbre adinamica è qualche volta lunghissima; si vedono i malati restare per lo spazio di uno o due mesi in uno stato di prostrazione e di stupore che ad ogni momento pare che abbia a terminare colla morte. Ecco la durata dei dieci casi in cui l'affezione tifoide ha presentato, fino dal principio, e conservato la forma adinamica per tutto il suo corso.

In 2 casi, la malattia è terminata nel	15.° giorno.
2	20.°
1	22.°
1	28.°
2	37.°
1	34.°
1	38.°

Onde tra le differenti varietà della febbre tifode che da noi sonosi fino a qui esaminate, è la forma adinamica quella che ha più lunga durata e più considerabile. Già abbiamo veduto questa forma notabilissima nei soggetti della II, XVI e XXV osservazione; i fatti seguenti ce ne porgeranno nuovi esempi.

OSSERVAZIONE XXXVII.

Dimora recente in Parigi. Invasione subitanea, diarrea, vigilia, prostrazione e stupore, miglioramento prodotto dai tonici. Morte nel sessantesimo giorno. Chiazze di Peyer color lavagna e le ultime esulcerate con principio di cicatrizzazione.

Certo Cervelet, nell'età di 22 anni, muratore, che erano nove mesi dacchè abitava in Parigi, mai era stato malato. Al 12 dicembre 1830, viene preso senza apprezzevole cagione, da diarrea con coliche, disappetenza ed indebolimento considerabile. Egli vuol continuare a lavorare, ma è, dopo qualche giorno, costretto a restare in letto. Lo stato del malato non permette di poter ricavare da lui degli schiarimenti intorno a ciò che ha preceduto la sua ammissione nell'ospedale; tutto quello che si può sapere si è che pare che egli sia stato travagliato da continua vigilia, estrema debolezza e che non li sia stato apprestato rimedio alcuno, se non che è stato in riposo, a dieta, e gli sono state attaccate alcune mignatte dietro i reni. Egli è posto in letto, ai 9 gennaio 1831, nella sala s. Maddalena, n.° 33, il ventunesimo giorno della malattia.

Nel giorno ventesimosecondo, incontrasi molta difficoltà a far parlare ed intendere l'infermo il quale è in uno stato di prostrazione e di stupore completo, le sue risposte sono lente ed alcuna volta assai gioste, egli difficilmente intende, non lagnasi di cefalalgia; vigilia con sogni, la bocca è secca come pure la lingua e le labbra che sono coperte da un grosso strato di fuligginosità nera; la deglutizione è difficile, evvi poca sete, l'addome teso e sonoro è dolente quasi in tutta la sua estensione se si comprima. Più evacuazioni alvine liquide nello spazio delle ventiquattr'ore e soventemente involontarie, come pure involontaria è l'uscita delle

orine; il polso frequente, poco sviluppato; la pelle calda e secca.

Il malato resta in questo stato per alcuni giorni e senza altro cambiamento che il lento aggravarsi di alcuni sintomi.

Al trentesimo giorno non si può avere dal malato alcuno schiarimento; la lingua presenta un poco meno di aridità; la diarrea è fortissima e continuamente involontaria, l'addome rende un suono fesso, e poco sente la compressione; il calore della pelle è meno vivace, il polso frequente, 100 pulsazioni, e dicroto. (*Pozione gommosa con estratto di china china cinque dramme, una tazza di vino.*)

Nel corso dei tre seguenti giorni il polso conserva il medesimo carattere ed ha presso a poco la medesima frequenza; le evacuazioni alvine paiono involontarie quantunque siano meno frequenti; la lingua è alternativamente secca ed un poco umida, i fenomeni generali adinamici sono i medesimi.

Il trentesimosesto giorno, il polso era disceso a 90 pulsazioni per minuto; non accadevano più che due o tre evacuazioni alvine involontarie in ciascun giorno. Sull'addome si vedono alcune macchie tifoidi in sì picciolo numero da non le dover ritenere come caratteristiche.

Il quarantesimo giorno, il polso è ritornato alle 80 pulsazioni; i lineamenti del malato hanno riacquistato una parte della loro mobilità, benchè resti tuttora la sordità; la debolezza è la medesima; la lingua è umida; tre o quattro evacuazioni alvine nel corso delle ventiquattr' ore. (*Gelatina, brodo.*)

Il malato va di bene in meglio e comincia anche a star seduto sul letto, grida che ha fame. Il miglioramento continua in sì fatta maniera fino al cinquantesimoprimo giorno in cui torna la debolezza, egli non può più nulla prendere, e muore nel sessantesimo giorno della malattia, quaranta giorni dopo la sua entrata nell'ospedale.

Apertura del cadavere fatta ventiquattr'ore dopo la morte.

Cranio. Nel cervello e nelle sue membrane non trovasi cosa alcuna di anormale.

Torace. Nella parte posteriore di ambedue i polmoni incontrasi dell' intasamento con un poco di rammollimento. Il cuore flaccido, senza rammollimento del suo tessuto, contiene un poco di sangue fluido.

Addome. La mucosa dello stomaco, in alcuni punti, è segnata di macchie rosse, senza altra apprezzevole alterazione. Il duodeno ed il digiuno paiono nello stato naturale. Nell' ileo, per quasi tutta la sua lunghezza, si osservano delle chiazze di Peyer assai discoste le une dalle altre, visibili soltanto in grazia del colore di lavagna e di un aspetto granulato. Solo nei quattro ultimi pollici, si trovano esulcerazioni con orli non rilevati, di fondo bianco come la mucosa, senza degenerazione, coi caratteri della cicatrizzazione incipiente. Le glandule mesenteriche sono grosse come fave, rosse e rammollite; la milza ha l'ordinario volume.

OSSERVAZIONE XXXVIII.

Dimora recente in Parigi. Invasione subitanea, cefalalgia, diarrea, prostrazione, stupore, eruzione tifoide, petecchie, miglioramento verso il ventesimosecondo giorno della malattia. Guarigione.

Certo Lescot, maniscalco, nel ventesimoterzo anno dell' età, che da sole sette settimane in poi abitava in Parigi, mai era stato malato; dacchè era in Parigi non gli era ancora venuto fatto di procurarsi del lavoro; egli molto annoiavasi, peraltro non erali mancato danaro, e fino allora erasi cibato bene, nella notte del 5 al 6 gennaio 1831, sonno interrotto, svegliandosi cefalalgia, disappetenza, debolezza estrema, alcuni dolori nell' addome, è obbligato a restare in letto, all' indomani due evacuazioni alvine liquide; viene posto in letto nella sala s. Maddalena, n.° 30 ai 10 gennaio 1831, quinto giorno della sua malattia, senza altra cura che il riposo, vin caldo zuccherato preso più volte, ed acqua zuccherata per bevanda.

Nel sesto giorno, prostrazione senza stupore, assai intensa cefalalgia, lingua larga, grossa, appiccicaticcia, rossa nei suoi orli; sette o otto evacuazioni liquide nella notte, addome lievemente meteorizzato, dolente comprimendolo, soprattutto nella regione cecale; sete forte, il polso è largo, pieno, resistente assai, la

pelle calda, senza notabile aridezza. (*Salasso di dodici once, riso, siroppo di ribes, lavativo d'acqua di semi di lino.*)

Nel settimo giorno, il malato lagnasi di meno forte cefalalgia, ma già la sua fisonomia esprime notabile stupore, al tempo stesso, la prostrazione è maggiore, le evacuazioni alvine persistono frequenti.

L'ottavo giorno, i lineamenti sono quasi affatto immobili, per altro riesce di farsi intendere dal malato parlandoli ad altissima voce; il polso ha perduta la sua resistenza, ma è più frequente, la lingua e le labbra sono incrostate di una materia biancastra; sull'addome, quasi insensibile alla compressione, si vedono qua e là alcune macchie rosee rare e poco apparenti.

Nei giorni seguenti la prostrazione e lo stupore vanno aumentando, a stento si arriva a farsi intendere dal malato; la sua respirazione diviene frequente, l'eruzione tifoide numerosa, il polso picciolo e vivace, la lingua simile ad un foglio di cartapecora ripiegato, cinque o sei evacuazioni alvine liquide nel corso delle ventiquattr'ore, alcune involontarie.

Il quattordicesimo giorno. Il malato tosse un poco, espelle alcuni spurghi densi, color ruggine, aderenti al fondo del vaso; in quasi tutta l'estensione del polmone sinistro ed in dietro si sente un crepito numeroso, sottile ed un poco umido, congiunto al rantolo sibiloso, se ne trovano pure alcuni indizi nel destro; i sintomi generali sono i medesimi, sull'addome, oltre l'eruzione tifoide che è numerosissima, si vedono larghe chiazze di color rosso turchiniccio e di forme varie. (*Soluzione di siroppo tartarizzato, acqua di riso, siroppo di ribes, lavativo d'acqua di semi di lino.*)

Il ventesimo giorno. Da ieri in poi lo stupore è considerabilmente diminuito; il malato sorride, e dice di sentirsi meglio, la lingua è lievemente umida, le evacuazioni alvine sono meno frequenti, il crepito è sempre manifesto e nella medesima estensione; gli spurghi contengono molto sangue che in alcuni punti sembra anche quasi puro, il polso dà 80 pulsazioni, la pelle è secca, senza calore.

Poco a poco le forze del malato si vanno ristorando; le evacuazioni alvine si fanno più rade e prendono il loro carattere normale, il polso perde tutta la frequenza ed il malato entra in convalescenza verso il trentesimo giorno.

Ora abbiamo noi passato in esame le principali varietà sotto le quali mostrasi la malattia tifoide, non devesi peraltro credere che queste varietà siano le sole sotto cui ella incontrasi. Sonovi altre forme della medesima malattia alle quali non avendo i nosologi rivolta l'attenzione in una speciale maniera, probabilmente perchè sono state meno frequentemente osservate, o non hanno infierito epidemicamente come la maggior parte di quelle che abbiamo esaminate, non sono state ad esse dati nomi particolari. Queste stesse varietà sono per lo più meno distinte di quello che comunalmente si reputi, e molti casi vi sono che sembrano non appartenere più all'una che all'altra: spessissimo, per modo d'esempio, si osservano simultaneamente dei sintomi infiammatorii e biliosi, biliosi e mucosi, infiammatorii e atassici, biliosi e adinamici, ec. Basta per noi aver dimostrato che le febbri ammesse dal Pinel non sono tutte che varietà della malattia tifoide, affinchè la stessa dimostrazione comprenda ed abbracci le loro diverse complicazioni.

Nella descrizione di ciascuna delle forme della malattia tifoide abbiamo procurato di risalire alle cagioni speciali di ciascuna di coteste varietà; abbiamo cercato di spiegarle per la differenza delle costituzioni e delle circostanze esterne che avevano preceduto il principio della malattia. Qui dobbiamo esaminare se le diverse forme che presenta l'organica alterazione potrebbero valere a dar la spiegazione della varietà dei sintomi.

Se si paragonino tra di loro, per rispetto alle alterazioni patologiche, i più opposti casi, non troviamo nè nelle differenti varietà delle lesioni costanti, nè nelle alterazioni che accidentalmente l'accompagnano nessun costante rapporto colle variazioni dei fenomeni morbosi. Assai spesso, peraltro nei casi in cui la forma adinamica è distintissima, osservasi un grado d'alterazione notabile del sangue durante la vita e dopo morte, ed un rammollimento del cuore, del fegato e della milza; ma sì fatte alterazioni non si mostrano punto uniformemente in questa forma della malattia. Altresì resterebbe ancora ad esaminare se esse siano primitive o consecutive, e vale a dire se siano la cagione

dei fenomeni adinamici o se dipendano da quella medesima cagione che induce cotesti fenomeni. Vanamente, nella maggior parte dei casi cercherebbesi nei soggetti che 1000 morti per febbre atassica, una apprezzevole alterazione tanto nel cervello quanto nei suoi annessi. I vasi sanguigni nella febbre infiammatoria, il fegato nella febbre biliosa, lo stomaco e gl'intestini nella febbre mucosa non offrono alterazioni che siano costanti in questa varietà o che non si mostrino mai in altre varietà. Già abbiamo dimostrato altrove che l'adinamia che si frequentemente incontrasi a tutte le epoche della malattia tifoide, non può dipendere dal riassorbimento del putridume delle chiazze a foggia di favo, poichè essa soventemente apparisce avanti l'epoca in cui le chiazze comincino ad esulcerarsi ed osservasi in casi in cui questa esulcerazione non ha luogo.

In quanto poi all'influenza della individuale costituzione su i fenomeni morbosi che appartengono alle differenti varietà della malattia tifoide, egli è probabile che sia stata esagerata dagli autori. Peraltro, quando si prende a considerare la varietà dei fenomeni prodotti insieme da una stessa cagione morbosa che colpisce gran numero di persone, è difficile credere che le differenze che si incontrano nella costituzione degl'individui non apportino qualche differenza nei fenomeni morbosi.

L'influsso delle condizioni atmosferiche è più evidente di quello della costituzione individuale, probabilmente perchè è più facile il dimostrarlo, essendo la distinzione delle stagioni sempre più facile di quella dei differenti temperamenti e delle diverse costituzioni. Già abbiamo detto che di tredici casi in cui la forma infiammatoria era stata evidente, undici erano stati osservati nei mesi dell'inverno; ma nelle altre varietà non si è notata differenza. Del resto, per conseguire qualche positivo risultamento intorno a questa materia bisognerebbe un numero di fatti molto maggiore di quello di cui è qui questione.

Se l'affezione tifoide mostrasi sotto forme sì differenti, non è questo un motivo per scorgervi delle affezioni realmente distinte; nei fenomeni della maggior parte delle altre acute malattie si osservano similmente delle varietà non meno notabili. La pneumonite, una delle interne flemmazie la cui lesione è meglio conosciuta ed in cui è più facile di riferire i sintomi allo sviluppamento dell'alterazione, la pneumonite stessa presenta varietà non meno numerose e forse non meno distinte di quelle dell'affezione tifoide. Sarebbe per noi facile il riportar qui esempi di pneumoniti biliose, di pneumoniti atassiche e di pneumoniti adinamiche. Altrettanto si potrebbe dire della peritonite, dell'erisipela e del maggior numero delle acute flemmazie.

Per quanto variate, per quanto opposte anche siano nelle loro apparenze le forme diverse che queste affezioni rivestono, la malattia resta pur sempre la medesima, non portando una differenza tra alcuni degli esterni fenomeni necessariamente seco una reale differenza nella natura dell'affezione; sono tante le diverse circostanze che vengono a modificare gli elementi della malattia, che non vi è da aspettarsi di incontrarla sempre sotto la medesima forma. Solo negli stati morbosi i più gravi che, minacciando immediatamente la vita, prendono insieme tutti gli organi e gli apparecchi, le forme possono essere costantemente le medesime; il morbo collera che in poche ore fa passare dalla sanità alla morte, non dà luogo ad alcuna delle circostanze che modificano le altre malattie di esercitare la loro influenza, e segue lo stesso di tutti i veleni in dose forte; eglino producono sempre effetti identici; in dose piccola in cotesti effetti si notano numerose varietà, secondo gli individui.

Se noi scegliamo per esempio l'oppio preso internamente, osserveremo fenomeni differentissimi secondo la quantità e le circostanze nelle quali vien preso. A picciola dose induce lieve congestione o fenomeni di eccitamento variabilissimi nei diversi soggetti; in dose maggiore, forte assai da cagionare la morte in breve spazio di tempo, si osservano costantemente i medesimi effetti.

Se il medesimo agente medicinale che noi medesimi introduciamo per entro all'economia e di cui possiamo modificare l'azione diminuendo o aumentando la quantità, produce fenomeni sì differenti, non si può ricusare di ammettere che una medesima causa morbosa possa dar luogo ad accidenti nei quali s'incontrino similmente delle varietà nelle loro forme.

ARTICOLO QUINTO

DIAGNOSI.

Non sempre la diagnosi della malattia tifoide è così facile quanto potrebbesi stimare di seguito all'esame dei fatti che abbiamo fino a qui riportati; si danno dei casi nei quali incontransi gravissime difficoltà. Noi ci facciamo ad esaminare cotesto difficoltà secondo che esse si presentano nel principiu della malattia tifoide, nel suo periodo di mezzo, finalmente in un periodo più avanzato. Esamineremo inseguito alcune particolari circostanze che possono contribuire ad oscurare la diagnosi.

Nei primi giorni della malattia, è soventemente impossibile di determinare in modu sicuro se l'affezione che affligge il soggetto sia una febbre tifoide o qualcuna delle altre affezioni con cui ella ha maggiori o minori rapporti. Se una malattia incominci con apparato febbrile più o meno intenso e se non si possa riferire ad alcuna apprezzevole flemmazia, il medico sarà obbligato a sospendere il suo giudizio fino a che nuovi sintomi vengano a metterne in chiaro la natura. Anche allora per altro evvi gran numero di casi in cui, fino nei primi giorni, si può presentire l'indole della malattia. In effetto, se l'invasione abbia luogo subitamente, se ai fenomeni febbrili distinti, senza cagione apprezzevole, si aggiunga permanente cefalalgia, con abbagliamenti o vacillamenti nel camminare e nello star fermo in soggetto che trovisi nelle accennate condizioni di età, particolarmente se sia poco tempo da che abita una città grande, e se vi sia motivo di credere che non abbia ancora avuto la febbre tifoide, sarà probabilissimo che sia attaccato da questa malattia. Questo sospetto acquisterà maggior importanza se a cotesti primi fenomeni si vengano ad aggiungere successivamente e nel secondo o terzo giorno, come frequentemente accade, alcuni degli altri sintomi che sono comuni ad un numero meno grande di malattie, come la diarrea, la prostrazione, un principio di stupore, ed una o più emorragie nasali.

Tuttavolta insegna la prudenza di non istabilire la diagnosi in una maniera positiva che ad un'epoca un poco più avanzata. In effetto, diverse malattie possono mostrare nello spazio dei primi giorni una grande rassomiglianza coll'affezione tifoide.

Tra i diversi stati morbosi che a quest'epoca possono presentare fenomeni analoghi, troviamo i prodromi di parecchie malattie eruttive, come il vaiuolo, la scarlattina e la rosolia, alcune affezioni catarrali poco intense, la febbre efimera prolungata che potrebbe essere presa per la febbre tifoide infiammatoria, l'imbarazzo bilioso per la febbre biliosa, la bolsaggine per una febbre adinamica incipiente; e particolarmente una flemmazia latente, tanto viscerale, quanto venosa. Bisogna dunque, in tutti i casi in cui siamo chiamati a visitare l'infermo sul principio della malattia, aspettare più giorni avanti di profferire un giudizio definitivo sulla natura di un male che sospettasi essere una febbre tifoide.

Uno dei più importanti caratteri della malattia tifoide, si è la durata dello stato febbrile. Tutte la volte che fenomeni febbrili che non si possono attribuire ad alcuna apprezzevole lesione, si prolungano al di là di un certo limite, per esempio otto o dieci giorni, avremo già un forte motivo per presumere che si colleghino all'alterazione delle glandule di Peyer, e quando una malattia sarà andata a terminare nel corso di alcuni giorni, potremo sempre star sicuri, qualunque dubbio altresì siasi avuto intorno alla sua natura, che ell'era diversa dall'affezione tifoide, e quindi si trovano esclusi tutti quelli stati morbosi la cui durata non giunge al decimo od undicesimo giorno.

Nel periodo medio, e, il più spesso, dal sesto al dodicesimo giorno, vediamo apparire dei fenomeni che, nel numero maggiore dei casi, non debbono lasciar dubbio sulla diagnosi: il meteorismo dell'addome, l'eruzione tifoide, lo stupore in quasi tutti i casi gravi, le epistassi, le emorragie intestinali. Peraltro, siccome cotesti sintomi non si presentano in tutti i casi, ve ne è sempre un certo numero in cui non si potrà stabilire la diagnosi in una maniera diretta ma soltanto per via di esclusione.

Finalmente, ad un' epoca avanzata della malattia, accade più raramente ancora che

la natura della malattia possa sembrar dubbia. Se i fenomeni propri del primo o del secondo periodo hanno mancato, quelli che appartengono al terzo debbono il più spesso bastare per rimuovere qualunque dubbiezza. Le emorragie intestinali, le escare che appariscono su diverse parti del corpo, l'esulcerazione dei vescicanti, le evacuazioni involontarie, i sintomi notabilissimi dell'adinamia vengono successivamente, in molti soggetti, a mettere in chiaro la diagnosi in quei casi nei quali sarebbe restata qualche incertezza.

Se volessimo paragonare la malattia tifoide, per riguardo alla diagnosi, con tutte quelle colle quali essa può essere confusa, ad una delle tre ricordate epoche, saremmo obbligati di passare in esame la maggior parte delle affezioni acute, poichè pochi sono quei sintomi della febbre tifoide che non si riscontrino in altre affezioni, e che, separatamente presi, non possano indurre in errore. Ci limiteremo a distinguerla da quelle che più facilmente potrebbero dar luogo a quest' errore.

La malattia che, a prima vista, pare che debba essere il più facilmente confusa coll' affezione tifoide si è l'enterite. Non sarà dunque fuor di luogo l'entrar qui a parlare alquanto distesamente delle differenze che passano tra queste due affezioni, sì spesso accennate col medesimo nome.

L'enterite osservasi nei soggetti di tutte le età, ed è effetto di cagioni per lo più valutabili, e può ingenerarsi un numero indeterminato di volte nel medesimo soggetto; tutte circostanze che non si incontrano nell'affezione tifoide.

L'invasione dell'enterite ha spesso luogo in una maniera subitanea, ma non inopinata come la malattia tifoide; i fenomeni febbrili sono generalmente meno sviluppati, e, per lo più meno prolungati; le evacuazioni alvine più numerose, più dolorose persistono per tutto il tempo che l'enterite dura. Abbiamo veduto che nell'affezione tifoide esse qualche volta non sopravvengono che a un'epoca già avanzata della malattia, od anche mancano affatto. La prostrazione, allorchè esiste nell'enterite, mai è così notabile quanto nella malattia tifoide; i fenomeni adinamici, lo stupore, le fuligginosità, le evacuazioni involontarie, i fenomeni atassici, il delirio, i sussulti dei tendini sono in essa rarissimi, come pure le macchie rosee, le bollicine acquose, il meteorismo, le escare. Accade frequentemente che un individuo attaccato da una flemmazia intestinale possa, per lo spazio di più mesi, attendere ai suoi affari senza essere indebolito al segno che lo sono, fino nei primi giorni, i soggetti attaccati da affezione tifoide alquanto grave.

Altre differenze ancora noi troveremmo tra queste due malattie se le paragonassimo in fatto della durata, della gravezza, della lunghezza della convalescenza, e finalmente delle anatomiche alterazioni, ma ci basta di averle qui brevemente accennate.

In quanto alla colite, il carattere dei dolori e la mancanza nel numero maggiore dei casi, di fenomeni generali bastano per impedire dal confonderla colla malattia tifoide.

Una flemmasia latente potrebbe, mostrandosi nelle condizioni in cui ordinariamente osservasi la febbre tifoide, ed avente una delle forme sotto alle quali ella più soventemente incontrasi, divenire occasione di qualche incertezza di diagnosi. Ma prima di tutto noi faremo avvertire che le affezioni che dagli antichi medici si chiamarono flemmasie latenti, raramente meritano cotesto nome oggi giorno che la diagnosi delle locali affezioni ha fatto tanti progressi. Altresì una attenta osservazione, continuata per qualche giorno, basterebbe per lo più, anche nei più oscuri casi, a far conoscere la natura della malattia.

Allorchè occorre di vedere un individuo in istato d'adinamia per cui non si può dal medesimo ricavare alcuna notizia intorno agli antecedenti della sua malattia, e che nulla si può sapere dalle persone che l'hanno condotto all'ospedale, deve essere soventemente impossibile di dare immediatamente giudizio sulla natura dell'affezione da cui è afflitto. Questo caso, uno dei più ardui che possano occorrere in pratica, dipendendo allora dalla precisa diagnosi della malattia l'uso di una medicatura energica, e non potendosi limitare ad una semplice espettazione, come in altri casi dei quali fra breve parleremo, richiede che qui se ne discorra assai minutamente.

Tra le malattie i cui sintomi potrebbero simulare, fino ad un certo segno, la forma adinamica dell'affezione tifoide, le une debbono essere completamente escluse dal quadro che dovrà percorrere il medico, le altre possono con maggiore o minore probabilità indurre in errore. Nel numero delle prime collocheremo tutte le flemmazie acute dei vecchi che vestono frequentemente nel principio della malattia o dopo che questa dura da alcuni giorni, la forma adinamica: per esempio, la pneumonite, la peritonite, la pleurisia; tale è eziandio l'adinamia che sì soventemente complica, in essi, le affezioni delle vie orinarie: in sì fatti casi, ed in altri analoghi, l'età sola dei soggetti basterà per rimuovere il pensiero di una affezione tifoide.

Tra le malattie che potrebbero essere facilmente confuse coll'affezione tifoide, troviamo, nel primo luogo, la flebite. Ma è ben raro che questa malattia si ingeneri spontaneamente. Per lo più sopravviene di seguito alle ferite, alle operazioni chirurgiche e particolarmente alla flebotomia, come pure dopo il parto. Queste circostanze di cui sempre è facile venire in cognizione, basteranno il più delle volte a rischiarare il pratico. Qualche volta similmente una parte della placenta restata nell'utero per più settimane, di seguito ad un parto apparentemente felice, ha indotto dei sintomi adinamici notabilissimi e che avrebbero potuto imporne per quelli della febbre tifoide; ma in questi casi la possibilità di verificare mediante il tatto la presenza di una porzione di placenta, che lo scolo sanioso per la vagina avrebbe potuto far sospettare, dà la spiegazione di questi fenomeni morbosi. Altresì non dobbiamo dimenticare ciò che si è stabilito altrove, cioè: che rarissimamente accade di vedere la malattia tifoide svilupparsi nel tempo del puerperio.

La peritonite latente complicata di adinamia ed in un soggetto giovine è similmente uno dei casi che potrebbero più imbarazzare. Ma se ci ricordiamo che la peritonite è ordinariamente accompagnata da vomiti, da stitichezza, da effusione più o meno considerabile nell'addome, o al contrario da tale ritiramento delle pareti addominali che sembrano attaccate alla colonna vertebrale, mentre nella febbre tifoide evvi per lo più la diarrea, anche involontaria, un meteorismo più o meno notabile dell'addome, troveremo indipendentemente da tutte le altre circostanze che qui non è bisogno ricordare, segni diagnostici sufficienti.

È stato detto che il terzo periodo del morbo collera poteva venir facilmente confuso colla forma adinamica della febbre tifoide. Noi ci asterremo qui dall'entrar di nuovo a discorrere distesamente e minutamente questa materia come abbiamo fatto quando si trattò delle lesioni anatomiche che era stato detto essere identiche nelle due malattie; ci limiteremo a ricordare le principali differenze che passano tra i fenomeni adinamici che in tutte e due si osservano giusta il risultamento delle osservazioni fatte nell'Hotel-Dieu nel 1832.

Nel periodo adinamico del morbo collera, tutta l'attitudine del soggetto accenna notabile prostrazione; nel volto si vede espresso un certo grado di stupore, ma minore che nei gravi casi di febbre tifoide, ed inoltre vi si scorge l'espressione del dolore che raramente osservasi in quest'ultima malattia; l'intelletto si mantiene quasi sempre inalterato; facilmente cavasi l'infermo dallo stupore. Nei casi gravi, gli occhi sono approfonditi e pesti, e danno alla fisonomia del malato un aspetto del tutto particolare; la lingua è ordinariamente secca con un un lieve color giallo dovuto alla bile dei vomiti, raramente rossa, larga, rotonda nella sua punta, mai è carica di quelle fuliggginosità che si vedono accumulare in sì gran de quantità alla sua superficie nei soggetti afflitti da febbre tifoide adinamica. In più collerosi per altro noi ne abbiamo vedute delle tracce sui denti e sulle labbra. Evvi al tempo medesimo un poco di dolore all'epigastrio o in tutto l'addome che è molle, senza meteorismo e piuttosto ritirato che rilevato.

Se gli accidenti persistono, la prostrazione va aumentando; il malato resta assorto in uno stato di sonnolenza continua, da cui facilmente cavasi ancora indirizzandoli la parola, e va a morire placidamente.

Onde, siccome è facile vedere, l'aspetto di questi fenomeni adinamici differisce

assai da quelli che appartengono alla malattia tifoide talchè è difficile il prendere sbaglio, anche quando mancasse la cogniziome degli antecedenti che non potrebbero lasciare dubbio alcuno.

E' vi sono ancora alcuni casi di febbre tifoide atassica nella cui diagnosi si può incontrare una certa difficoltà, a motivo dell' analogia che passa tra questi sintomi e quelli delle flemmasie cerebrali, e dell' oscurità che tuttora involge i segni caratteristici di coteste flemmazie. La quale oscurità incontrerebbesi soprattutto in quei casi nei quali voi veniste chiamati ad esaminare un malato sul cui stato anteriore non poteste avere alcuno schiarimento e che fosse preso da delirio violento o da coma profondo con sussulti di tendini o contrazione permanente delle membra. Egli è chiaro che se in questo medesimo malato nella pelle non spesseggiano macchie lenticolari, se le fosse nasali non danno segno di avvenute epistassi, se non vi è diarrea, voi non potrete portare una diagnosi sicura e sarete forse obbligati a stare in dubbio pee uno o più giorni. Se al contrario conoscete gli antecedenti del malato è probabile che ogni dubbio cessi all'istante medesimo. Nella febbre tifoide il delirio mai forse mostrasi nel principio della malattia; sì fatto fenomeno morboso non sopravviene che nel termine di alcuni giorni, e la cognizione di ciò che ha preceduto il delirio basterà, nella maggior parte dei casi, a far conoscere l'ordinario andamento della malattia tifoide. In fatti la malattia tifoide distinguesi dalle flemmazie encefaliche piuttosto pel suo corso che per gli attuali suoi sintomi.

Altro ordine di fatti in cui la diagnosi non è meno difficile che nei precedenti e che frequentemente incontrasi, comprende quelli che il Louis ha ricordati sotto il nome di febbre tifoide latente e di cui già si è discorso più volte, ma brevissimamente, in queste lezioni.

Abbiamo già veduto esservi un certo numero di casi in cui non si può pervenire a fare una diagnosi positiva nei due primi periodi, tanto il corso della malattia è poco intenso. La medesima benignità di sintomi persiste per tutto il tempo che la malattia dura nei casi di cui qui si parla. Uno stato febbrile pochissimo intenso è qualche volta, colla perdita dell'appetito, il solo fenomeno che possa fermare l'attenzione; se in principio siavi stata la cefalalgia ella presto si è dileguata; la diarrea ed il dolore addominale, allorchè esistono, sono poco notabili; la debolezza è mediocre, nulla annunzia una malattia grave e se si giunge a fare la diagnosi vi si giunge solo per via di esclusione, a meno che non sopravvenga qualcuno dei sintomi caratteristici della malattia, le chiazze rosee, lo stupore, un'emorragia nasale o intestinale, il perforamento intestinale seguito da peritonite acutissima.

Si è già detto con quanta riservatezza debba il medico dare il suo giudizio intorno alla natura della malattia in casi di questo genere nel primo e nel secondo periodo, a motivo del gran numero di malattie che possono presentare i medesimi fenomeni; ma quando una malattia arrivata al quindicesimo giorno, non si palesa ancora che per l' anoressia, per qualche disagiatezza, per una febbre più o meno intensa, per evacuazioni alvine liquide, senza una notabile alterazione della contrattilità muscolare siamo portati a riconoscere un' affezione tifoide. Quale altra malattia potrebbe avere un corso simile? Quelle dell' encefalo e del petto si palesano con fenomeni generali o particolari che, per lo più, non permettono che passino sconosciuti, o che, almeno, le separano affatto dello stato morboso di cui parliamo; quelle dell'addome, come l'enterite, l' epatite, la gastrite, mai si mostrano sotto una forma del tutto latente; elleno somministrano sempre qualche dato che per lo meno vale a farne presentire l'esistenza. Non resta dunque che l'affezione tifoide che possa essere riportata a quest'insieme di fenomeni, e ci insegna l' esperienza che questa diagnosi quantunque non abbia quella medesima certezza come se avesse fondamento sui sintomi caratteristici, ha contuttociò un gran valore, avvegnachè è stato frequentemente visto uno stato morboso analogo prendere ad un tratto, al quindicesimo o al ventesimo giorno, od eziandio molto più tardi, i sintomi i meglio delineati della malattia tifoide, e che quando un soggetto nel quale osservasi questo stato morboso è andato a morire accidentalmente, si è sempre trovata l'alterazione carat-

teristica dei follicoli intestinali. Abbiamo veduto un esempio di questo genere nel soggetto della X osservazione che morì al quattordicesimo giorno della malattia per peritonite acutissima prodotta dal perforamento intestinale. Il soggetto dell'osservaziona XXIV potrebbe similmenta esser proposto come un esempio della forma latente, se la presenza di una eruzione tifoida numerosa non fosse bastata per se sola a caratterizzara la malattia da cui era attaccato.

Le osservazioni seguenti ci faranno conoscere questa forma latante della malattia tifoide a tre gradi.

OSSERVAZIONE XXXIX.

Dimora recente in Parigi. Disagio, cefalalgia, febbre, diarrea leggiera; al diciottesimo giorno meteorismo dell'addome, stupore, eruzione tifoide, pustole acquose, miglioramento nel ventesimosecondo giorno. Guarigione.

Certo Jublet, cocchiere di carrozzino, all'età di 20 anni, che abitava in Parigi da un solo anno, ebbe nella sua infanzia una febbre intermittente; poscia la malattia che ora si discorre. Ai 3 di ottobre 1831, patisce, senza apprezzevole cagione, un disaglo universale. All'indomani cefalalgia, febbre forte, dolori nell'addome, debolezza notabile; ciononostante continua le sue occupazioni fino al dì 10. Entra nell' Hotel-Dieu ai 12 senza essere stato in alcuna maniera curato, e viene posto nella sala s. Maddalena, n.° 92.

All'indomani, o nono giorno della malattia, leggiera prostrazione, con un poco di dispnea; lingua appiccicaticcia; addome un poco sonoro. Erano quattro giorni dacchè il malato non andava del corpo, ed è andato due volte nel corso delle ultime ventiquattr'ore; la pelle è calda e secca; il polso frequente e pieno; la sete ardente. (*Salasso di cinque scodellette*; *lavativo*, *acqua d' orzo con siroppo di gomma.*)

Al decimo giorno, il sonno è stato tranquillo; nel sangue del salasso non si trova cotenna; il malato dice di star benissimo; ha avuto meno coliche, il ventre è meno sonoro; la pelle resta calda, il polso frequente.

Nei giorni seguenti, lo stato del malato continua ad essere presso a poco il medesimo, con alcune variazioni nel numero delle evacuazioni alvine che sono sempre liquide.

Il diciottesimo giorno, la prostrazione è molto notabile, evvi anche un grado di stupore nell'espressione dei lineamenti; è uscito un poco di sangue per le narici nel corso della notte; la lingua è secca e netta; la bocca appiccicaticcia; sull'addome meteorizzato si vedono alcune macchie tifoidi ed è un poco sensibile comprimendolo nella regione iliaca, con gorgogliamento; due sole evacuazioni liquide nello spazio delle ventiquattr'ore.

Al diciannovesimo giorno, lo stupore è maggiore; sull'orlo delle labbra e su i denti si osserva un filetto di color giallo rossastro che denota il principio di un deposito fuliginoso su coteste parti; il numero delle macchie rosee è aumentato.

Nel ventesimo giorno, il malato resta presso a poco in questo stato, dipoi al ventesimosecondo giorno lo stupore sparisce quasi del tutto; egli parla, ride e fa più movimenti nel letto; erano tre giorni dacchè non andava del corpo; la persona è quasi interamente coperta di pustule acquose, l'addome è tuttavia meteorizzato, la frequenza del polso è quasi affatto cessata.

Nel ventesimo terzo e ventesimo quarto giorno, il miglioramento fa rapidi progressi. Il malato esce dell'Hotel-Dieu affatto ristabilito dopo esservi restato per trentanove giorni.

Difficile sarebbe, paragonando questa osservazione coi numerosi fatti che abbiamo riportati, e nei quali essendo morti i soggetti abbiamo potuto, aprendo i cadaveri vedere l'alterazione dei follicoli, il non riconoscere qui la medesima malattia. Per lo spazio di diciotto giorni i soli fenomeni apprezzevoli sono un poco di diarrea, ed un lieve indebolimento della contrattilità muscolare, poscia tutto ad un tratto vediamo apparire più sintomi, nessuno dei quali è particolare dell'affezione tifoide, ad eccezione dalle macchie rosee lenticolari, ma che non si possono trovare riuniti che in questa malattia. Il fatto seguente, benchè meno caratteristico non dovrà peraltro lasciar dubbio alcuno intorno alla natura della malattia.

OSSERVAZIONE XL.

Dimora recente in Parigi. Febbre, cefalalgia, diorrea, poi costipazione, persistenza dello stato febbrile fino al ventunesimo giorno; a quest'epoca emorrogia intestinale, fenomeni adinamici mal distinti, miglioramento nel ventesimonono giorno. Guarigione.

Certo Barbet, lavoratore di legname, nel ventesimoquarto anno dell'età, che erano tre mesi da che abitava in Parigi, e mai era stato malato, ai 28 di aprile 1832, venne preso, senza apprezzevole cagione, da alcuni brividi con cefalalgia e diarrea, che dura due o tre giorni e poi cessa, la febbre e la cefalalgia continuano, e contuttociò egli non smette di lavorare che nell' ottavo giorno. Resta nella sua casa senza che li venga apprestato alcun rimedio ed entra nell'Hotel Dieu ai 12 marzo, quindicesimo giorno della malattia; viene posto nella sala s. Maddalena, n.° 15.

Nel sedicesimo giorno, prostrazione leggiera, senza stupore; forte cefalalgia, lingua secca e netta; sete ardente, disappetenza; addome indolente sotto la compressione, inferiormente sonoro, mancanza di macchie tifoidi; stitichezza da otto giorni in poi; pelle calda, secca ed un poco rugosa, polso vivace e frequente. (*Salasso di due scodellette; soluzione clorurata di siroppo di gomma; lavotivo, ec.*)

Al diciassettesimo giorno, il sangue del salasso è uscito lentamente e non presenta cotenna; la cefalalgia è meno forte; lo stato febbrile persiste con assai notabil debolezza.

Al ventunesimo giorno, sono seguite alcune evacuazioni alvine liquide per la prima volta dacchè l'infermo è nell'ospedale; lo stato universale è il medesimo.

Al ventesimo secondo giorno, le evacuazioni continuano ad essere liquide, benchè poco frequenti; nell'ultima notte esse sono state mesculate con sangue, quasi puro, che può essere valutato ad un bicchiere e mezzo; la lingua è aridissima; l'addome dolente in quasi tutta la sua estensione comprimendolo; il polso è vivace e frequente; la pelle secca e rugosa, come quando l'infermo entrò nell'ospedale, di più il malato medesimo dice di sentirsi più debole. Le emorragie intestinali si rinnuovano ancor più volte nei due seguenti giorni ed allora si arrestano: la diarrea persiste fino al ventinovesimo giorno; al qual tempo la lingua è umida, il polso senza frequenza, ma la debolezza della contrattilità muscolare è tuttora assai notabile, e le forze del malato non si ristorano che lentamente. Egli esce assai bene ristabilito dell'Hotel-Dieu, dopo esservi restato per trentatre giorni.

In questa osservazione i fenomeni adinamici sono stati appena sensibili; non vi è stato, ad eccezione delle emorragie intestinali, alcuno dei sintomi caratteristici della malattia tifoide; e contuttociò è impossibile di non riconoscere questa affezione se si tenga in conto lo stato febbrile che durò trenta giorni circa, l'indebolimento della contrattilità muscolare che è sopravvenuta fino nei primi giorni benchè la diarrea non abbia incominciato che al diciannovesimo giorno della malattia, la secchezza della lingua e la sonorità dell'addome. Onde, quando anche l'emorragia non fosse venuta a confermare la nostra diagnosi, questa affezione non sarebbe per noi stata meno una malattia tifoide come la precedente.

OSSERVAZIONE XLI.

Dimora recente in Parigi; invasione subitaneo, cefalalgia, anoressia, febbre fortissima; epistassi, leggiera diorrea, indebolimento della contrattilità muscolare, miglioramento nel dodicesimo giorno. Guarigione.

Certo Levigon, ai 25 anni dell'età, servitore, che erano nove mesi che abitava in Parigi, assicura di non essere stato malato che una sola volta nella sua infanzia e di non si ricordare qual malattia soffrisse. Ai 27 ottobre 1832, viene subitamente preso, e senza apprezzevole cagione, da cefalalgia con dolore nelle membra; anoressia, febbre forte, e considerabile abbattimento. Egli è obbligato a stare in riposo, e tutti i detti sintomi notabilmente diminuiscono. Entra ciò nonostante nell'Hotel-Dieu ai 3 novembre ed è posto a letto nella sala s. Maddalena, n.° 25.

L'infermo, il settimo giorno della sua malattia, credesi quasi guarito. Contuttociò evvi della prostrazione; nella voce notasi considerabile debolezza; il polso

è appena appena frequente; tosse frequente e secca, mancanza di cefalalgia da due giorni in poi, vigilia. Il malato dice di sentire camminando un dolore all'epigastrio, nell'addome, indolente comprimendolo, incontrai un poco di meteorismo; per la prima volta, ierl'altro (settimo giorno), due evacuazioni alvine liquide, il medesimo numero anche ieri; in nessuna parte del petto si sente rantolo, vedesi un poco di sangue nelle materie che escono dalle fosse nasali, sete, disappetenza, traspirazione copiosa durante la notte ultima. (*Soluzione di siroppo di gomma*, *lavativo d'acqua di semi di lino ec.*).

I sintomi non soffrono nè alleviamento, nè esacerbazione nei due seguenti giorni; regolarmente due evacuazioni alvine liquide per giorno.

Nel decimo giorno, la debolezza sparisce ed il malato può passeggiare per le sale, ma le evacuazioni alvine restano liquide, e solo appariscono nello stato normale al tredicesimo o quattordicesimo giorno. Alcuni giorni dopo l'infermo esce del tutto ristabilito.

Questo fatto che è il meno caratterizzato tra cento trenta osservazioni di febbre tifoide raccolte nelle sale della clinica, potrebbe, se fosse considerato separatamente ed indipendentemente da quelli che precedono, essere escluso come non appartenente a questa malattia. Ma se si rifletta che i due precedenti hanno presentato il medesimo corso e la medesima mancanza di fenomeni caratteristici, uno fino al diciottesimo giorno, l'altro fino al giorno ventesimo secondo, e che solo a coteste epoche sono appariti alcuni dei sintomi che si possono considerare come propri della febbre tifoide, se, al tempo medesimo, ci rammentiamo che tale è nel principio, il corso di gran numero di casi che più tardi prendono una forma gravissima e terminano colla morte, e che finalmente in un certo numero di fatti analoghi in cui il perforamento dell'intestino ha menato rapidamente a morte, sempre si è trovata l'alterazione dei follicoli intestinali, si comprenderà come noi abbiamo potuto e dovuto collocare questo caso, per quanto sembrasse semplice, e per quanto non si incontrasse nessun grave fenomeno, tra quelli della febbre tifoide.

Una singolare circostanza e alla quale noi abbiamo già fatta allusione altrove, si è che la maggior parte dei casi in cui è stato osservato il perforamento intestinale presentavano assai poca gravezza, talchè è seguito facilmente di non riconoscere la malattia fino a che la subitanea apparizione dei sintomi di acutissima peritonite non è venuta a rischiarare la natura dell'affezione. Se dunque in un soggetto attaccato da diarrea e di fenomeni febbrili, benchè poco violenti sopravvenisse ad un tratto un dolore acuto e lacerante nell'addome, esacerbato dalla compressione, accompagnato da scomposizione dei lineamenti, da nausee e da vomiti, si dovrebbe riconoscere un perforamento intestinale consecutivo all'esulcerazione dei follicoli intestinali, e perciò stesso collegato alla malattia tifoide.

Per quanta precisione le osservazioni di perforamento intestinale fino a qui fatte permettano di apportare nella diagnosi di questa grave complicazione e conseguentemente in quella dei casi oscuri di cui all'istante parliamo, contuttociò, non bisogna ancora profferire il giudizio in maniera troppo assoluta fino a tanto che i sintomi non hanno persistito assai lungamente, talchè non vi possa più essere causa di errore. Nel seguente fatto in cui tutti i sintomi indicavano un perforamento intestinale l'esito fausto venne a dimostrare che simile accidente non aveva avuto luogo.

OSSERVAZIONE XLII. (1)

Due anni di dimora in Parigi. Invasione subitanea, cefalalgia, diarrea, vomiti, meteorismo addominale, prostrazione e stupore, miglioramento nel ventunesimo giorno, poscia sintomi di febbre doppia quartana, convalescenza nel trentesimo giorno. Nel quarantaquattresimo giorno sintomi simulanti il perforamento intestinale, ritorno dei medesimi sintomi al quarantesimo giorno. Guarigione.

Certa Voisin, nel trentesimo secondo anno dell' età, serva, e che erano dieci

(1) *Raccolta nelle sale del professor Bouillaud.*

anni daechè dimorava in Parigi, mai era stata malata quando venne subitamente presa ai 21 di agosto 1831, da cefalalgia intensa e che ben presto accompagnossi a febbre fortissima, a diarrea ed a vomiti, ell'è ricevuta nell'Hotel-Dieu ai 31 agosto 1831, e posta a letto nella sala s. Lazzero, n.° 2.

Nel decimo giorno, prostrazione e stupore profondo, cefalalgia, difficoltà a far parlare la malata, respirazione frequente, lingua secca e fuligginosa, come pure secchi e fuligginosi sono i labbri ed i denti; addome gonfio; una sola evacuazione alvina liquida nel corso delle ventiquattro ore; polso frequente, assai forte, sete grande, calore secco e mordicante della pelle. (*Venti mignatte sull' addome, fomentazioni sull'addome; soluzione di siroppo di ribes, lavativo*).

Nei giorni seguenti lo stato della malata si fa un poco migliore, poscia verso il sedicesimo giorno i fenomeni adinamici ritornano colla medesima intensità, e spariscono di nuovo verso il ventunesimo giorno. Nella quale epoca, accessi di febbre che prendono il tipo di quartana doppia, ed ai quali viene con successo posto rimedio col solfato di chinina introdotto nell'economia per mezzo di un vescicante.

Nel giorno ventesimonono, la malata non soffre più nè brividi, nè vomiti, il polso conserva un poco di frequenza, l'appetito diviene fortissimo, per la prima volta, dopo il dodicesimo giorno, segue un'evacuazione alvina molle, del resto il miglioramento fa rapidi progressi, per altro il vescicante tarda molto a chiudersi.

Il quarantesimo quarto giorno, l'inferma era a mezza porzione da otto giorni in poi, ieri ha mangiato una piccola costoletta d'agnello ed una parte della sua porzione e si è coricata senza nulla sentire di straordinario, ad un'ora della mattina è stata svegliata da alcune coliche violente e da vomiti che poscia hanno persistito continuamente. Al momento della visita, la malata i cui lineamenti sono gravemente alterati, manda fortissime grida, la pelle di tutto il corpo e particolarmente quella delle estremità è fredda, il polso poco frequente e piccolo, 84 pulsazioni; la malata sta giaciuta sul destro lato, l' addome senza meteorismo, è sì dolente comprimendolo che non si può esaminare, particolarmente poi nella destra parte. Sono similmente seguite alcune evacuazioni che non sono state conservate; nel tempo della visita l'inferma vomita picciola quantità di un fluido colorito dalla bile. Ella prende subito una pozione d'acqua di menta e d'acqua di lattuga con 12 gocce di laudano del Rousseau.

Dopo alcune ore i vomiti si fanno più rari, la malata riscaldasi ed il dolore addominale è molto meno acuto.

Al quarantacinquesimo giorno, la malata sta meglio, i lineamenti, quantunque tuttora alterati, pure lo sono molto meno di ieri, dalla mezzanotte in poi non vi sono stati nè vomiti, nè evacuazioni alvine liquide, il dolore si mantiene tuttavia assai forte per tutto l'addome, e specialmente nel destro lato, talchè non si può esaminare per mezzo della compressione, non evvi rossore locale, all'indomani (quarantesimo sesto giorno) nell'ammalata non si incontravano quasi più segni degli accidenti del giorno quarantesimo quarto.

Al quarantesimo settimo giorno, ieri nella giornata, il dolore del destro lato ha preso tutt'ad un tratto una grande acutezza, vigilia questa notte, il polso ha ripreso della frequenza, i lineamenti sono un poco alterati, da tre giorni in qua non sono seguite nè evacuazioni alvine, nè vomiti, due pollici al disotto dell'orlo libero delle false costole destre trovasi un tumore poco voluminoso, che rende un suono fesso, un poco mobile ma che non può essere esaminato a motivo della viva sensibilità di tutte le vicine parti. La malata viene posta immediatamente nel bagno, all'uscirne diminuzione considerabile dell'acutezza del dolore, e completa sparizione del tumore che poscia non è ricomparso. L'inferma esce perfettamente ristabilita nel termine di una quindicina di giorni.

Qualunque sia la cagione alla quale si attribuiscono i fenomeni che sonosi osservati nella Voisin al quarantesimo quarto giorno della malattia, e qualsivoglia rapporto scorgasi tra di essi e il formarsi ulteriore, nell' ipocondrio del tumore che sparì subitamente nel bagno, non è meno evidente non esservi stata peritonite generale, nè conseguentemente perforamento

dell'intestino, benchè la malata presentasse tutti i sintomi che caratterizzano questa grave complicazione, il dolore subitaneo e lacerante, le nausee ed i vomiti, l'alterazione dei lineamenti, il raffreddamento della superficie del corpo, la debolezza del polso, ec. Un solo fenomeno presentato da questa malata avrebbe potuto spargere qualche dubbio sulla realtà di un perforamento intestinale, noi vogliamo parlare delle evacuazioni liquide che ebbero luogo contemporaneamento ai vomiti, ma dobbiamo avvertire non avere esse fatto che aumentare di numero, imperocchè già le materie stercoracee che da quindici giorni avevano ripresa la loro consistenza naturale erano ritornate liquide nel trentesimo terzo giorno ed avevano conservato tale carattere fino a questo momento. Altresì, quantunque la costipazione sia uno dei sintomi della peritonite, contuttociò non ne è un sintomo costante; così per limitarci alla peritonite, che risulta dal perforamento intestinale, se prendiamo ad esaminare i casi riportati dagli autori, troviamo che qualche volta sono avvenute evacuazioni alvine liquide in casi in cui la diagnosi è stata confermata dall'apertura del cadavere. Tra i dieci fatti riportati da Louis (1), in tre casi è detto positivamente che sonovi state evacuazioni alvine liquide più o meno frequenti. Tra nove casi osservati dal dottore Stokes nei quali la diagnosi venne confermata dall'apertura del cadavere, in parecchi la diarrea che esisteva avanti, venne subitamente arrestata al momento in cui apparvero i sintomi del perforamento, ma in un caso continuò con maggiore intensità di prima. In una delle due osservazioni raccolte alla clinica, e che da noi sonosi riportate, seguirono numerose evacuazioni liquide dopo il perforamento (IX osservazione). L'aumento del numero delle evacuazioni liquide nella Voisin, al momento in cui apparvero i sintomi che simulavano sì bene il perforamento intestinale, non era dunque punto un segno valevole a scansare l'errore. Bisognerà dunque, onde si possa affermare che è avvenuto il perforamento dell'intestino, non solamente che i sintomi che noi abbiamo enumerati si trovino riuniti, ma anche che persistano assai lungamente da non poter essere effetto di fugace cagione, per esempio, d'indigestione.

Uno dei più ardui casi riguardo alla diagnosi, è quello in cui la febbre tifoide sopravviene come complicaziono di altra affezione. In queste occasioni l'attenzione del medico verrà qualche volta attirata prima di tutto dal prolongarsi della prima malattia o di uno dei suoi ordinari periodi al di là della durata consueta, o dall'apparizione di sintomi differenti da quelli che si osservano nella prima affezione. Se fra questi nuovi sintomi sopravvengano fenomeni atassici o adinamici, se vi si aggiungano epistassi, diarrea, meteorismo, macchie tifoidi, non dovrà restare alcun dubbio nello spirito del medico intorno allo sviluppamento secondario di una febbre tifoide.

L'osservazione seguente ci somministrerà un esempio di febbre tifoide sopravvenuta nel corso di una pleuro-pneumonia.

OSSERVAZIONE XLIII.

Dimora recente in Parigi, sintomi di pleuro-pneumonia; poscia diarrea, prostrazione, meteorismo, macchie rosee lenticolari. Morte al diciannovesimo giorno della pneumonia. Epatizzazione, ed effusione, chiazze reticolate con principio d'esulcerazione.

Certo Mahon, all'età di 25 anni, fornaio, che dimorava in Parigi da un anno, dice di essere frequentissimamente fioco. Sono quattro giorni che lavorando, venne subitamente preso da forte dolore laterale, con impossibilità di continuare il suo lavoro; in seguito sente un brivido, poscia ne segue la febbre ed è obbligato a restare in letto. Agli 11 dicembre 1830 è ricevuto nella sala s. Maddalena, n.° 30 senza essere stato punto curato.

Il quinto giorno della malattia, stato febbrile poco sviluppato; forte dolore al disotto del capezzolo sinistro; nel medesimo lato suono fesso con respirazione debolissima e crepito lontano in dietro ed in basso; rantolo sibiloso in ambedue i lati del petto; spurghi liquidi un poco aerei, aderenti al vaso. Tre salassi praticati nei tre giorni seguenti, aventi

(1) *Memorie o ricerche anatomico-patologiche di C. Louis.*

ciascuno un coagulo abbondante con grossa cotenna, ma senza miglioramento del malato il quale resta nel medesimo stato con un poco di dispnea, spurghi poco caratterizzati, ed i medesimi fenomeni stetoscopici, ma con calore acre e secco; il polso è picciolo e frequente.

Nel nono giorno e nel dodicesimo della sua dimora nell' ospedale, viene preso da diarrea; cinque o sei evacuazioni nello spazio di ventiquattr'ore; meteorismo notabile ed un poco di dolore nella regione iliaca destra.

La bocca del malato si fa arida; vigilia continua; un poco di cefalalgia; la tosse continua; la dispnea aumenta; gli spurghi divengono opachi ed aderenti al vaso.

Nel sedicesimo giorno, nell'addome, che è sempre teso e sonoro, si vedono numerose macchie tifoidi, ma poco colorite; tutto il sinistro lato, percosso, rende un suono fesso; il malato dimagra rapidamente; egli è in uno stato di prostrazione gravissima, ma risponde con intendimento alle domande che gli vengono fatte.

Nel diciassettesimo giorno, lagnasi di assai forte dolore all'epigastrio; vengono applicate quindici mignatte su questa parte, ed il malato va tosto a cadere in uno stato che avvicinasi all' agonia, e muore nel giorno decimonono, quindici giorni dopo la sua ammissione nell' ospedale.

Apertura del cadavere fatta trentadue ore dopo la morte.

Nel cervello nulla trovasi di anormale.

Il cuore un poco più voluminoso e le sue cavità più larghe che nel normale stato, contengono liquido sangue.

La pleura sinistra contiene tra le otto e le dieci once di un liquido siero-purulento, con alcune tracce di false membrane recentissime, ma senza aderenze antiche; il lobo inferiore del polmone sinistro è intieramente epatizzato, rosso ed in alcuni punti suppurato; il resto del polmone è sano come pure sano si è quello del destro lato.

Addome. Nell' esofago nulla incontrasi di anormale; lo stomaco, ristretto, contiene più once di liquido denso e nerastro; la sua mucosa, che è più grossa che nello stato ordinario, è rammollita in tutta la sua estensione.

Nel duodeno e nel digiuno nulla si trova di notabile. In tutta la lunghezza dell'intestino ileo si trovano tra le otto e le dodici chiazze ellittiche grandissime, bene delineate, e le quali tutte hanno la medesima forma, situate ad intervalli eguali e facenti alla superficie della mucosa un rialzo di mezza linea o di una linea; alcune sono rosse, altre grigiastre o bianche; nessuna ha l'aspetto di favo, ma tutte sono coperte di un reticolo di larghe maglie e sì rammollito che staccasi facilissimamente col dito. In una sola, la più vicina al cieco, vedesi verso una delle sue estremità, un principio di esulcerazione di alcune linee di larghezza; i grossi intestini sembrano nel normale stato.

Le glandule mesenteriche sono un poco gonfie, rosse e rammollite; la milza è tre volte più grossa dell'ordinario.

L' esame delle chiazze alterate non permette di credere che al momento della morte del soggetto l'affezione tifoide contasse in lui più di otto o dieci giorni o tutto al più di dodici; di guisa che è probabilissimo che essa non abbia incominciato che alcuni giorni dopo l'ammissione nell' ospedale. Noi non abbiamo compreso questo fatto nel numero di quelli in cui la malattia erasi potuta attribuire alla contagione.

Per quanto difficile si supponga la diagnosi nei casi analoghi a quello che abbiamo riportato, ciononostante la complicazione della febbre tifoide raramente passerà inosservata a quel medico che avrà pratica dei sintomi della malattia. Onde, anche avanti che la diarrea fosse venuta in questo soggetto ad aumentare e sorreggere i nostri presentimenti, avevamo manifestato il timore che fossevi in questo malato un affezione più pericolosa ancora della pneumonia. Il qual timore era indotto dall' intensità dei fenomeni febbrili, dal loro prolungarsi dopo quattro salassi, con un' affezione locale poco estesa, mal delineata e che non presentava alcun sintomo locale grave. Fino d'allora annunziammo che i nostri sospetti avrebbero acquistato, se fosse sopravvenuta la diarrea, un grado di probabilità che sarebbesi cangiato in certezza se vedessimo apparire un'eruzione di macchie tifoidi.

L' evento confermò i nostri sospetti ed i nostri timori.

ARTICOLO SESTO

PRONOSTICO.

Il pronostico della malattia tifoide vuol essere sempre considerato come grave; poche sono le malattie che facciano altrettante vittime proporzionatamente al numero dei soggetti che ne vengono attaccati. Giusta no quadro che or ora esporremo e il quale comprenderà presso a poco tutti i soggetti attaccati di affezione tifoide che sono stati curati nelle sale della clinica dell' Hotel-Dieu dal principio del 1828 fino alla fine del 1832, troviamo che tra cento quarantasette individui nei quali sonosi osservati i sintomi della malattia che si discorre, quarantasette sono morti; il che forma una proporzione di un morto di tre malati circa.

Le circostanze sulle quali riposa lo studio del pronostico sono numerose; le une si collegano alle condizioni di età e di assuefazione al clima, altre riposano sopra sintomi particolari, sopra complicazioni accidentali; finalmente in alcuni casi, il pronostico può essere modificato da un' influenza particolare che in certe occasioni è stata attribuita alle variazioni della temperatura, all' azione delle differenti stagioni, ma che nel numero maggiore dei casi, non può essere riferita ad alcuna apprezzevole cagione, e che varia colle epoche in cui si osserva la malattia.

L' ETÀ.

Si è già veduto che l'affezione tifoide non affligge tutte le età; osservasi raramente passati i quarantacinque anni, e prima che siano compiti gli otto o i dodici anni.

La tavola seguente, ricavata da tutti i casi di febbre tifoide osservati nella clinica durante i cinque ultimi anni, ci farà conoscere la mortalità di questa malattia alle diverse età in cui si osserva. Troviamo dunque che di 147 soggetti ve ne sono stati.

Da 15 a 18 anni	9 malati	0 morti.
Da 18 a 20 . .	30. . .	9.
Da 20 a 25 . .	51. . .	18.
Da 25 a 30 . .	36. . .	12.
Da 30 a 35 . .	12. . .	4.
Da 35 a 40 . .	3. . .	1.
Da 40 a 50 . .	5. . .	2.
Al di sopra dei 50	1. . .	1.

Ciò che maggiormente apparisce da questa tavola si è il poco pericolo della malattia tifoide nella prima giovanezza, e vale a dire dai quindici ai diciott' anni (nell' Hotel Dieu non sono ricevuti malati in età minore dei quindici anni), comparativamente con quello che seco porta ad un' epoca più avanzata della vita. Questo risultamento, unito e confrontato con quello di Louis, il quale racconta che di sei giovanetti di età minore dei diciassett'anni, nessuno è morto, ci mostra bastevolmente l' influenza felice della giovinezza sulla gravezza di questa affezione. Da tali risultamenti non pertanto non bisognerebbe conchiudere che la malattia mal vada a terminare colla morte in questa età; sciauratamente non evvi pratico a cui non sia occorsa una o più volte l' occasione di osservare dei fatti contrari; ma resterà sempre provato che se la giovinezza è una indispensabile condizione all' ingeneramento dell' affezione tifoide, ell' è similmente di fausto pronostico; almeno fino all' età di diciassette o diciott'anni; imperocchè passata cotest'età fino ai quarant'anni, troviamo presso a poco il medesimo grado di mortalità e che non si discosta, con pochissime differenze, da un morto di tre malati. Passati i quarant'anni, la mortalità pare che si faccia maggiore e giunge alla proporzione di un morto su due infermi. Ma i numeri che questo quadro ci presenta, relativi a quest' ultimo periodo, sono troppo piccoli perchè i risultamenti che ne seguitano abbiano per loro medesimi un gran valore. Contuttociò, siccome si trovano in accordo con altre ricerche della medesima natura intorno al punto di accrescimento della mortalità verso l'età medesima, si possono considerare i risultamenti somministrati da questa tavola come tali che diano assai esattamente il numero medio generale della mortalità nelle differenti età in cui l' affezione tifoide si può manifestare.

IL SESSO.

Noi non abbiamo osservato differenza notabile nella gravezza dell' affezione ti-

foide tra i soggetti dei due sessi. Tra i 147 malati compresi nel quadro precedente, troviamo 46 donne che sono divise come appresso.

Donne guarite 32.
Morte. 14.

Il che porta la mortalità, per le donne, un poco al di sotto del terzo; per gli uomini vediamo che di 101

68 sono guariti.
33 sono morti.

Anche qui la mortalità è un poco sotto il terzo e non differisce da quella delle donne che per una insignificante frazione, di maniera che l' affezione tifoide può essere considerata come presso a poco egualmente funesta agli individui di ambi i sessi.

ASSUEFAZIONE AL CLIMA.

Questa condizione, che esercita una sì notabile influenza sulla disposizione all'affezione tifoide. pare che non ne abbia se non se pochissima sulla sua gravezza e sulla mortalità.

Tra 90 malati di cui sono stati presi ricordi a quest'oggetto, troviamo che di 24 persone la cui dimora in Parigi non oltrepassava sei mesi 9 sono morti.

Tra 40 la cui dimora in Parigi era tra i sei mesi ed i due anni 12 *idem.*

Tra 15 tra i due e i sei anni 5 *idem.*

Tra 11 passati i sei anni 3 *idem.*

Evvi qui una piccola differenza in favore di quei soggetti la cui assuefazione al clima pareva dover esser più avanzata, ma ell' è sì poca che appena appena meriterebbe qualche attensione se non fosse in accordo con quella ottenuta dal Louis. Nuove ricerche fatte sopra più considerevoli numeri potrebbero sole bastare a condurre a più positivi risultamenti.

CAUSE OCCASIONALI.

La poca influenza che la maggior parte delle cagioni dette occasionali esercita sulla produzione della malattia tifoide, potrebbe dispensarci dallo studiare l' influenza delle medesime sulla mortalità; contuttociò, siccome ve ne sono alcune che, quantunque non abbiano efficacia a produrre la malattia medesima, potrebbero però non essere senza effetto sul suo andamento e sul suo modo di terminare, vogliamo trattenerci a discorrere alquanto le seguenti.

1.° *La debolezza dell'economia* risultante da cattivo vitto o da malattia anteriore non esercita sul corso della malattia un' azione così sfavorevole come generalmente si ammette: questo almeno è quanto per noi apparisce dal piccol numero di quei fatti dove abbiamo potuto ricavare dagli infermi degli schiarimenti su questo punto.

Di cinque soggetti che hanno attribuita la loro malattia alla mancanza di vitto o alla cattiva sua qualità, uno solo è morto. Supponendo che questa circostanza abbia esercitato un'influenza sulla produzione della malattia, resterà quasi evidente, se così è permesso di esprimersi, quando non si possedono che numeri così piccioli, che ella non ha avuto influenza funesta sulla malattia medesima. Segue egli lo stesso nei casi in cui grandi epidemie d'affezione tifoide esistono sotto l'influenza della carestia, della miseria e di universali patimenti? Noi nol possiamo affermare; è noto che gl' individui che si trovano in simili condizioni sono, a cose tutte eguali, più esposti ad essere attaccati dalla malattia, ma non abbiamo dati autentici che dimostrino che la mortalità relativa sia di essi maggiore.

Segue lo stesso dell'indebolimento prodotto dalle malattie antecedenti. Di cinque soggetti che avevano sofferto, poco innanzi di esser presi dalla malattia tifoide, di malattie di qualche durata, come febbre intermittente, pleuropneumonia, ec., uno solo è morto. Giusta i quali dieci casi riuniti, parrebbe dunque che un certo grado di debolezza dell'economia, proveniente da una delle due cause che si sono dette, non fosse punto una condizione sfavorevole e che non tendesse punto ad aumentare la mortalità, restando altresì eguali tutte le altre circostanze.

2.° *Le affezioni morali triste* sono comunalmente considerate come condizioni sfavorevoli pel corso della malattia. Onde,

nel 1814 e 1815, noi vedemmo morire per questa malattia tre o quattro persone che ne erano state prese, dopo aver perduto ogni speranza di ottenere un impiego al quale annettevano tutta la loro fortuna per l'avvenire. Nel novero delle cause occasionali, che abbiamo altrove presentato, si vede che di quattro casi in cui i soggetti hanno attribuito la loro malattia a dispiaceri, a commozioni morali, due sono andati a terminare colla morte.

3.° *Bevande stimolanti*. Soventemente accade, nella classe degli operaj, che sul cominciare dell'affezione tifoide gl'individui che ne vengono presi, preoccupati dal freddo che soffrono nel principio, e dallo stato di debolezza in cui si trovano, cerchino di riscaldarsi e di rinvigorire le loro forze con bevande calde ed eccitanti. Il vino caldo zuccherato nel quale è stata posta in infusione la cannella, gode gran riputazione, per questo conto, tra gli operaj, e viene dai medesimi frequentemente usato. I parteggiatori della medicina fisiologica hanno spesso attribuito a questa maniera di medicatura gli accidenti che ne seguono all'uso e la produzione stessa della malattia. Secondo essi, un soggetto attaccato da lieve affezione, e che sarebbe terminata in pochi giorni, cangiasi sotto l'influenza di quella bevanda eccitante, in una gastro-enterite grave o febbre tifoide. Abbiamo dimostrato, parlando delle cause, la poca influenza degli eccessi alcoolici nella produzione della malattia: qui crediamo di potere affermare, per le osservazioni che abbiamo sott'occhio, che una tale specie di medicatura, che molti malati usano prima di venire all'ospedale, è senza effetto sulla mortalità dell'affezione tifoide.

Di 16 persone attaccate di febbre tifoide le quali hanno dichiarato di aver preso del vino caldo zuccherato nel principio della malattia, troviamo:

13 guarigioni.
3 morti.

Cotesti risultamenti sono poco numerosi per poterne tirare una conclusione favorevole all'uso di detta bevanda, ma sono però in assai numero per permetterci di negare che ella eserciti un'influenza grave sull'andamento ulteriore della malattia, e specialmente sull'esito di lei.

Il corso della malattia somministra dei dati che non mancano d'importanza per riguardo al pronostico.

1.° Il modo d'invasione pare che abbia un'a ssi notabile influenza sulla gravezza della malattia secondo che è preceduta dai preludi generali, o, al contrario, comincia in una maniera subitanea. Tra 112 soggetti nei quali si è potuto esattamente conoscere il modo d'invasione troviamo i seguenti risultamenti:

Di 73 invasioni subitanee, vi sono stati 26 morti
Di 39 con preludi. 20 morti

La differenza tra cotesti risultamenti è forte assai da non la dover trascurare; egli è chiaro che il pronostico è poco grave in quei soggetti nei quali l'invasione ha luogo in una maniera subitanea e che, al contrario, è poco favorevole in quelli nei quali si sono osservati preludi.

2.° Quando sopravviene, durante il corso di una affezione tifoide, ma particolarmente dal decimo al ventesimo giorno, una remissione notabile, e, che dopo un certo spazio di tempo i sintomi ritornano con un'intensità maggiore, l'esito è quasi sempre infausto.

La forma della malattia è uno degli elementi i più importanti pel pronostico, come il seguente quadro lo mostrerà. Tra 112 essi di febbre tifoide che si sono potuti riportare a qualcuna delle forme descritte dagli autori, troviamo:

	malati,	guariti,	morti
Febbre tifoide infiammatoria	6	4	2
Febbre tifoide biliosa	5	5	0
Febbre tifoide mucosa	5	5	0
Febbre tifoide atassica	13	9	4
Febbre tifoide lenta nervosa	12	10	2
Febbre tifoide adinamica	37	25	12
Febbre infiammatoria adinamica	13	5	8
Febbre infiammatoria atassica	3	0	3
Febbre biliosa adinamica	2	0	2

Febbre mucosa adinamica	2	0	2
Febbre adinamica atassica	4	1	3
Febbre tifoide senza caratteri distinti	10	10	0
	112	74	38

Dalla qual tavola risulta che i casi per tutta la cui durata la malattia conserva la medesima forma sono i più favorevoli; noi non eccettueremo la febbre infiammatoria, di cui due casi tra sei sono terminati colla morte, ma accidentalmente, come altrove si disse. Tra i casi in cui la malattia ha tenuto un corso uniforme, la forma atassica è stata la più grave; di tredici malati nei quali si è riscontrata, quattro sono morti.

Se prendiamo successivamente quei casi nei quali la malattia complicasi pel passaggio da una ad altra forma, o presenta simultaneamente tanto in principio quanto ad un'epoca avanzata i sintomi dei due ordini di febbri, vediamo aumentare singolarmente la gravezza; onde di tredici casi di febbre infiammatoria adinamica, otto hanno avuto infausto termine, e di tutti gli altri casi in cui la malattia, dopo aver presentato per un variabile spazio di tempo dei fenomeni infiammatorii, biliosi o adinamici, ha rivestito quelli di una varietà differente, appena alcuni sono andati a terminare colla guarigione. Onde quando, durante il corso di una malattia tifoide qualunque sia la forma sotto cui abbia cominciato, si veggiono sopravvenire fenomeni di un'ordine differente, il pronostico è molto più grave.

Parecchi sintomi, particolarmente quando acquistano una grande intensità, possono così divenire segni pronostici di qualche valore.

1.° La *cefalalgia* è un sintomo troppo costante per poterne trarre qualche induzione, tanto dalla sua presenza, quanto dalla sua durata, come anche dalla intensità.

2.° La gravezza del *delirio* varia secondo l'epoca in cui apparisce. Si deve riguardare come d'infaustissimo augurio, allorchè sopravviene nel principio e con grande violenza; è comunalmente meno grave quando apparisce ad un'epoca più lontana, per esempio, alla metà, o verso la fine del secondo periodo. Contuttociò allorchè acquista assai violenza da esser mestiero mettere al malato la camiciuola di forza, devesi sempre considerare come di un gravissimo pronostico, a qualsivoglia epoca sopravvenga, ed il maggior numero di quei soggetti nei quali osservasi, presto vanno a morire. Quando il delirio non ha cotesto carattere di violenza, quando particolarmente consiste in una specie di sogno da cui è facile distrarne il malato furtemente fissando la sua attenzione, il pronostico è molto meno grave. Questa ultima forma del delirio è la più frequente, ed assai spesso accade che i malati restino per ben lungo tempo in questa specie di semidelirio. Di ottanta soggetti di cui è stata compilata l'istoria e che tutti sono guariti, in dodici si è osservato questo sognare per uno spazio di tempo assai considerabile, e, in un solo, il delirio fu violento; mentre tra i quarantadue soggetti che morirono in ventidue si è osservato il delirio il quale in più della metà aveva una violenza notabile e durò, nella maggior parte dei casi, fino alla morte. Quando il delirio furioso manifestasi nei primi giorni annunzia prossima morte.

3.° Lo stato della lingua, a cui i patologi hanno annesso gran importanza, non ci sembra meritare, riguardo al pronostico, tutta quell'attenzione, che molti pratici anche oggidì gli accordano. La secchezza grandissima della lingua e soprattutto poi la presenza alla sua superficie di grossi strati di fuliggginosità sono certamente segni di grave pronostico: certamente, quando ad un'epoca più avanzata vedesi che la lingua comincia a diventare umida ed a sgombrarsi di quel grosso intonaco, vuolsi considerare sì fatta circostanza come favorevolissima; ma in generale altri fenomeni o più importanti o più facilmente valutabili precedono od accompagnano queste mutazioni e rischiarano più sicuramente il pronostico.

4.° Le *evacuazioni involontarie* anche esse sono un altro segno gravissimo; vedesi morire quasi la metà di quei malati nei quali esse divengono abituali. Noi non vogliamo qui parlare delle evacuazioni alvine che possono aver luogo accidentalmente durante il sonno, oppure scappare al malato durante la vigilia, o per debolezza o per negligenza; noi non chiamiamo involontarie che quelle delle quali

egli non ha che un oscurissima sensazione o pure che ignora del tutto. Di trenta soggetti attaccati di febbre tifoide nei quali si è osservato questo grave sintomo, tredici sono morti, e in questi ultimi le evacuazioni involontarie hanno generalmente durato per molto più lungo tempo che nei primi.

Coteste evacuazioni involontarie sono doppiamente gravi riguardo al pronostico. In primo luogo perchè denotano una profonda lesione dell'economia, e in secondo luogo a motivo dell'azione che elleno esercitano sulle parti colle quali le materie espulse restano necessariamente più o meno longo tempo in contatto, e dove si formano soventi volte delle escare le quali sole divengono talvolta causa di morte. In questi casi gl'individui non soccombono che dal trentesimo al quarantesimo giorno della malattia, all'epoca in cui la maggior parte dei sintomi propri della malattia tifoide sono spariti.

5.° *I sussulti dei tendini* occupano il primo posto tra gli accidenti nervosi che aggravano il pronostico: non si osservano che nei più gravi casi. Contuttociò, quando cotesti movimenti convulsi sono fugaci, il pronostico, benchè grave, non è però necessariamente funesto, ma quando sono quasi continui e particolarmente quando prendono tutto il tronco, poca speranza può restare di fausto esito. In quei casi in cui si osservano quelle convulsioni generali che rassomigliano ora i sintomi dell'epilessia, ora quelli dell'idrofobia o del tetano, ordinariamente la morte non tarda a seguire. Noi ne abbiamo veduto tre esempi nei soggetti delle osservazioni IV, XVII e XXXII. In altri due malati, nei quali si sono riscontrati fenomeni analoghi, la morte è seguita colla medesima rapidità. Coteste generali convulsioni terminano ordinariamente con un universale irrigidimento delle membra che precede di alcuni istanti la morte.

6.° Il *coma* è uno dei più gravi e più funesti fenomeni allorchè è intensissimo e permanente. Bisogna guardarsi dal confonderlo con uno stato molto meno grave con cui ha qualche analogia, voglio intendere di quella forma dello stupore in cui il malato resta del tutto immobile, cogli occhi chiusi, colla respirazione più o meno rara ed in una positura assai simile a quella dei soggetti che sono assorti nello stato comatoso il più profondo. La possibilità di fissare, almeno per qualche istante, l'attenzione del malato basterà sempre per distinguere lo stupore dal coma in cui il malato resta affatto estranio a tutte le esterne sensazioni, e si nota ordinariamente dilatazione o ristringimento considerabile della pupilla. Per lo più, il malato destasi dà questo stato di stupore per entrare in convalescenza, mentre quando il coma è notabilissimo, il pronostico è quasi necessariamente funesto.

7.° *Le emorragie intestinali* sono considerate con ragione como un grave accidente, di sette soggetti nei quali queste emorragie sono state osservate all'Hotel-Dieu, in sei la malattia ha avuto infausto termine; uno solo ne è guarito benchè abbia sofferto emorragie considerabili; è quello dell'osservazione XL. Contuttociò, se il fatto accidente è così grave nella febbre tifoide, non è da attribuirsi il pericolo che seco porta all'effetto immediato della perdita del sangue; imperocchè tra i sei soggetti che sono morti dopo averlo in essi osservato, in uno la morte è avvenuta con circostanze tali da far credere che ella fosse stata notabilmente accelerata dalla malattia, negli altri cinque casi nulla si è osservato di analogo. La gravezza del pronostico adunque vuolsi piuttosto attribuire alla debolezza di cui le emorragie sono effetto, anzichè a quella che esse inducono.

Qualche volta sono state riguardate queste emorragie, come pure le epistassi che sono sì frequenti nell'affezione tifoide, come favorevoli, perciò solo che considerravano come il prodotto di uno sforzo della natura per sgravarsi di una quantità superflua di sangue. Ma il risultamento che si è citato mostra quanto e quale sia il valore di questa opinione.

8.° La sordità o la durezza dell'udito che spesso osservasi non è punto così grave quanto alcuni patologi hanno creduto.

9.° Allorchè la respirazione è rumorosa e laboriosa ed è accompagnata ad altri sfavorevoli segni, come la debolezza del polso, le evacuazioni involontarie, non resta alcuna speranza di veder salvo l'infermo.

10.° L'esame della faccia può, in alcuni casi, servire di base a sicuro pro-

nostico; ad un'epoca meno avanzata, se la respirazione sia frequente o picciola il pericolo è grande, come osserva Stull, e la morte quasi certa. Tutte le volte che la faccia è dismagrata, raggrinzata e che ha il carattere accennato dagli autori col nome di faccia ippocratica, il pronostico è gravissimo e la morte poco lontana; ma similmente quando, ancho in mezzu a più gravi sintomi, vedesi la faccia che finu allora non aveva espresso che una stupefazione profonda, mostraro i segni di quell'intelligenza che pareva che avesse abbandonato l'infermo, quando lo si vede fissar gli occhi sul medico come per interrogarlo intorno al suo stato e faro attenzione a ciò che gli è intorno, questa mutazione è di favorevolissimo augurio, anche in quei casi nei quali la debolezza non li permette di farlo conoscere colle parole; allora i primi segni del miglioramento si trovano nell'espressione della faccia.

11.° La *frequenza del polso*, finchè non eccede certi confini, non è segno cattivo; ma quando oltrepassa le 120 o le 130 pulsazioni per minuto, e particolarmente poi quando giunge alle 150 e alle 160, il pronostico è gravissimo; è anche cosa molto rara che in quest'ultimo caso la morte non segua prontamente soprattutto qoando tale stato del polso è accompagnato ad altri segni che abbiamo considerati come sfavorevoli.

Il rallentamento del polso, allorchè precedentemente vi si è osservata grande frequenza, è segno di molto valore; quando sopravviene solo e senza diminuziono degli altri accidenti gravi, egli è nunzio di vicina morte, ove non si impieghino a tempo rimedi valevoli a risvere l'infermo. Allorquando il polso rallentasi a seguo che scende al disotto del naturale suo ritmo, senza che gli altri fenomeni denotino esacerbazione del male, il pronostico nulla ha di grave.

La *debolezza del polso* che è uno dei caratteri propri dell'affezione tifoide, almeno durante gli ultimi periodi dei casi gravi, non è sempre proporzionata alla gravezza della malattia: è un segno che non ha valore pel pronostico che in quanto la debolezza è grandissima e che vi si congiongono alcune altre sinistre circostanze.

12.° L'esame del sangue cavato durante la vita del soggetto somministrerebbe forse alcuni importanti dati, se le somme dei casi in cui quest'esame è stato fatto fossero maggiori. Ecco il risultamento di treuta casi osservati nella clinica, ed in oui lo stato del sangue si è con diligenza notatu.

	malati,	guariti,	morti
Sangue cotennoso e sodo in	6	5	1
Sangue cotennoso, ma sotto fluido	2	1	1
Sangue non cotennoso ma sodo	20	16	4
Sanguo fluido	2	1	1
	3n	23	7

È raro che nell'affezione tifuide si trovino complicazioni di qualche importanza nei primi giorni di malattia, che anzi nella maggior parte dei casi non sopravvengono avanti il ventesimo giorno. Quindi si può dire in modo generale che qualunque complicazione che sopravvenga nello statu di adinamia in cui sono caduti quasi tutti i suggetti dopo che l'affezione ha durato più di venti giorni, aggiunge necessariamente molta gravezza al pronostico; con tuttociò non tutte sono egualmente funeste.

1.° Il *perforamento intestinale* o la peritonite che ne è la conseguenza si presentano in primo luogo nel numero delle circostanze le più funeste, se non per la loro frequenza almeno per la loro gravezza, che è tale, che a stento si potrebbe trovare un esempio sulo di guarigione assolutamente verificata; tale è anche la rapidità degli accidenti che questa complicazione determina che quando non resta più dubbio sulla sua realtà, il medico deve fare un infaustissimo pronostico. L'oscurità che involge la cagione di questo perforamento e le condizioni nelle quali ha luogo, paro che ne aumentino più che mai l'orrore; imperocchè, quantunque sia molto raro, non evvi caso in cui si possa stare sicuri contro questo accidente, e non temere a ciascun istante di vederlo sopravvenire. Sì fatto timore deve preoccupare anche quando pare che il malalo entri in una legittima convalescenza, ed il medico devo sempre nel suo pronostico generale, tener conto della possibilità di sì fatto accidente.

2.° L'*eresipela della faccia* è una delle complicazioni le più frequenti e forse delle più funeste che la febbre tifoide presenti; dei quarantadue casi nei quali la malattia è terminata colla morte, in quattro si è veduta l'erisipela della faccia, e la morte è avvenuta a motivo di questa complicazione, mentre in nessuno degli ottantadue soggetti che sono guariti e le cui osservazioni sono state raccolte, la cresipela ha avutu luogo. Questa complicazione, paragonata al perforamento intestinale, sarebbe dunque, secondo ai fatti risultamenti, più frequente ed eziandio più funesta; ma si comprende che i numeri su i quali hanno fondamento sono sì piccioli da non ne poter tirare induzioni generali; contuttociò ne apparisce che l'erisipela della faccia che sopravviene nel corso dell'affezione tifoide è una temibile complicazione.

3.° L'*infiammazione del polmone* spesso sopravviene durante il corso dell'affezione tifoide ed è essa pure una grave complicazione. Peraltro la sua gravezza è quasi sempre proporzionata all'estensione dell'infiammazione medesima ed allo stato generale del soggetto: noi non vogliamo parlare di quell'intasamento che formasi nella posterior parte dei polmoni o negli ultimi momenti della vita, o immediatamente dopo la morte. La flemmazia di cui parliamo può essere limitata a qualche punto pochissimo esteso del polmone ed allora costituisce la pneumonite lobulare; osservasi soprattutto in quei soggetti nei quali succedono larghe suppurazioni al sacro od in altre parti del corpo; onde, quantunque sotto questa forma ella occupi in generale minore estensione, contuttociò ha maggior gravezza, a cose altresì tutte eguali. Altre volte la pneumonia occupa una porzione considerabile od anche un lobo tutt'intiero, e se, in sì fatto caso, non venga frenata nel suo corso con opportuni rimedi, non tarda a menare a morte l'infermo, anche avanti, in molti casi, che l'infiammazione sia passata al secondo e soprattutto poi al terzo periodo.

La pneumonite è una delle complicazioni contro le quali occorre di star maggiormente guardinghi; in primo luogo perchè in questo caso ell'è per lo più latente o quasi latente, vale a dire che i suoi segni razionali mancano e soventemente non può essere verificata che per l'esame il meglio diretto; in secondo luogo perchè è aggravata dallo stato del malato in cui sopravviene.

4.° L'*infiammazione della laringe e dell'epiglottide* viene alcuna volta a complicare gravemente l'affezione tifoide ed aggrava singolarmente il pronostico che se ne deve fare. Coteste complicazioni sono tanto più gravi in quanto è più difficile il verificarle nell'infermo e rimediarle attivamente. In tre soggetti se ne sono incontrati degli esempi (vedi le osservazioni VIII, e XXIV) e tutti e tre sono morti.

5.° È stata esagerata l'influenza pericolosa delle escare che si formano al sacro, ai talloni o in altre parti sulle quali gravita il peso di una porzione del corpo. Di sette infermi in cui si è incontrata questa complicazione tre soli ne sono morti, quattro sono guariti, e trattanto in più di cotesti ultimi soggetti le superficie esulcerate avevano un'estensione veramente spaventevole. Le cure di nettezza ed il rimuovere qualunque pressione dai punti affetti sono imperiosamente comandate in simile circostanza, ed il pronostico dovrà variare secondo che la posizione del malato permetterà che tali cure gli vengano apprestate con più o meno esattezza ed intendimento.

6.° La formazione di *ascessi* sugli organi esterni durante il corso della malattia, non è punto un fenomeno così sfavorevole come si potrebbe credere; al contrario non osservasi per così dire che nei soggetti che guariscono. Onde in nessuno dei quarantadue soggetti già citati, che sono morti, sono state osservate di queste suppurazioni esterne differenti dall'esulcerazione che formasi nelle vicinanze del sacro, mentre sei volte se ne sono osservati esempi in persone che sono guarite. Cotesti ascessi occupavano le regioni seguenti: il braccio, la regione precordiale, la regione temporale, la regione della parotide, il solco delle natiche e le natiche stesse; coteste suppurazioni non potevano essere considerate come dipendenti o dal contatto delle materie evacuate o dalla pressione del corpo. Una considerabile differenza, perciò che concerne il pronostico, esiste similmente tra queste suppurazioni, che potremmo chiamare spontanee, essendo la

causa che le produce e determina il punto nel quale si formano, per noi occulta, e quelle che sono evidentemente l'effetto della compressione del corpo su certe parti; il confronto dei numeri farà apparire cotesta differenza.

	guariti,	morti
Suppurazione sulle parti compresse	4	3
— sulle parti non compresse	6	0
	10	3

INFLUENZA DELLE STAGIONI.

Avanti di entrare in alcune considerazioni intorno a questa influenza che è apparita manifestatissima in più occasioni daremo la statistica della mortalità della febbre tifoide nei diversi mesi dell'anno durante i cinque ultimi passati anni.

	malati	morti
Gennaio	25 malati	9 morti
Febbraio	11	3
Marzo	13	3
Aprile	6	1
Maggio	10	1
Giugno	10	6
Luglio	4	2
Agosto	5	1
Settembre	8	3
Ottobre	11	3
Novembre	21	4
Dicembre	23	7

Se esaminiamo la mortalità di ciascuno di questi mesi in particolare, troveremo sì variabili differenze che non possono dipendere che da fortuite circostanze. Ma riunendo la mortalità dei mesi dell'estate a quella dei mesi dell'inverno, potremo pervenire ad un numero medio che ci permetterà di stabilire un paragone esatto tra le due principali stagioni dell'anno. Onde noi troviamo che nei mesi di ottobre, novembre, dicembre, gennaio, febbraio e marzo,

Di 104 malati
31 sono morti;
talchè in inverno sta 1 morto a 3 1/2 malati.

Riunendo i mesi di aprile, maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, troviamo che:

Di 43 malati
16 sono morti.

La mortalità adunque nei mesi dell'estate è stata di un morto a 2 2/3 malati. La differenza che risulta dal confronto di questi numeri, benchè poco considerabile, dovrebbe ciononostante tenersi a calcolo nel pronostico se fosse dimostrato che ella dipendesse realmente dall'azione delle stagioni; ma noi abbiamo ogni motivo per credere che la cosa sia altrimenti, imperocchè se prendiamo quella degli ultimi anni (1831) in cui è stato ricevuto nella clinica il maggior numero dei soggetti attaccati di affezione tifoide, troveremo una differenza quasi opposta.

Inverno.	Estate.
Di 38	18 malati
11	5 morti;

talchè la mortalità viene ad essere nell' inverno 1 morto di 3 1/2 malati, ed in estate 1 di 3 3/5.

Egli è dunque chiaro, secondo questi risultamenti che si può trovare nelle somme riportate una differenza assai notabile per servire al pronostico.

Una differenza più incontrastabile, ma sulla quale sarebbe forse anche più difficile fondare il pronostico, si è quella che osservasi nella mortalità degli anni che si succedono. Riporteremo qui la statistica della mortalità dei soggetti ricevuti nella clinica nel corso dei quattro ultimi anni.

	malati	morti
1830	27 malati	8 morti
1831	56	16
1832	23	3
1833	30	10

Tra questi quattr' anni adunque, nel corso dei quali i malati sono stati curati da poche eccezioni in fuori, secondo i medesimi principj e coi medesimi rimedi, evvi una differenza assai notabile, avvegnachè, nel 1832, abbiamo avuto 1 morto di 4 3/5 malati, e nel 1831, 1 morto di 3 malati.

Differenze ancora più notabili noi le troveremmo nella mortalità della febbre tifoide, se volessimo prestare intiera fede

alle statistiche di mortalità pubblicate in Irlanda dai medici di quel paese; ma siccome dicemmo altrove, è probabile che eglino impieghino la parola febbre (fever) per denotare malattie che per noi non sono febbri tifoidi. Contuttociò, siccome hanno avuto agio di raccogliere nei loro ospedali dei febbricitanti, documenti che vanamente si cercherebbero da noi nei nostri ospizi, prendiamo qui a far conoscere quelle tra tali statistiche che ci parranno più autentiche: noi prescegliercmo l'ospedale dei febbricitanti di Londra. Confrontando le statistiche degli ultimi dieci anni troviamo avere la mortalità variato dal quarto al decimo, quindi:

Nel 1818,	di 599 malati,	104	morirono,
1820	437	44	
1826	582	109	
1834	534	74	

Quale è la mortalità nei casi in cui la malattia prende un carattere epidemico notabilissimo? è ella allora maggiore che nelle ordinarie circostanze? questo è quanto è impossibile determinare, secondo i documenti statistici autentici.

ARTICOLO SETTIMO

CURAZIONE.

La curazione della malattia tifoide è uno dei più difficili e dei più oscuri punti della pratica medicina. Tra le cagioni che hanno contribuito a mantenere l'oscurità che tuttora involge quest'importante parte dell'istoria dell'affezione tifoide, bisogna collocare in primo luogo il corso stesso della malattia, le modificazioni in bene come in male che si osservano nel naturale andamento di lei, e l'incertezza in cui ci troviamo per quasi tutto intiero il tempo della sua durata intorno al di lei esito definitivo.

In effetto, l'affezione tifoide non tiene costantemente un corso regolare; in essa si osservano esacerbazioni e miglioramenti frequenti ed inaspettati, che sopravvengono anche nei casi in cui la malattia è lasciata in balia di se medesima: vedesi soventemente il malato passare subitamente da uno stato in apparenza poco grave allo stato adinamico o allo stato atassico, senza che se ne possa trovare la cagione nelle circostanze in mezzo alle quali si trova. Può sembrare che il delirio ceda o divenga più intenso pel naturale andamento della malattia. La cessazione della cefalalgia che soventemente ha luogo verso l'ottavo giorno, ha alcuna volta indotto in errore medici, i quali attribuendo sì fatta mutazione alla cura prescritta, erano portati a trarne un favorevole augurio intorno al corso ulteriore del male all'epoca stessa in cui andava aggravando. Se di queste mutazioni alcune ve ne sono che dal medico sapiente si possano prevedere, ma che debbono condurre in errore il medico inesperto, altre ve ne sono che da nulla vengono annunziate e che bisogna egualmente guardarsi dall'attribuire all'adottata medicatura.

Dalle quali diverse considerazioni concludiamo che bisogna ben guardarsi dall'attribuire con leggierezza e senza un esame approfondito le diverse mutazioni che sopravvengono nel corso della malattia tifoide ai rimedi il cui uso le ha precedute, e che è più difficile giudicare dell'efficacia di una maniera di curazione in una malattia che prende forme sì variabili, di quello che pare che reputino alcuni medici dei tempi nostri, i quali credono che riunendo insieme alcune osservazioni se ne possano dedurre positive conclusioni sulla questione che si discorre.

Se, invece di cercare di conoscere l'azione di tale o tal altro rimedio sull'andamento della malattia ai cambiamenti che succedono immediatamente dopo il suo uso, vogliamo giudicare dall'esito definitivo gli effetti buoni o cattivi di un metodo qualunque di cura, i fatti tali quali la scienza oggigiorno ce li somministra, non potranno rischiarare la questione. Fino a qui, per quanto i metodi di cura posti in uso nella malattia tifoide siano stati variati ed eziandio opposti non solamente nessuno di essi ha costantemente prodotto buoni, nè cattivi effetti ma le differenze di mortalità, se ne esistono, sono state sì picciole da restare oscure e non verificate, ed a segno che nelle medesime epoche, ma dominando teoriche diverse, uomini di buona fede abbiano impiegato rimedi contrari, e che queste esperienze dalla frequenza della malattia rese sì comuni non abbiano ancora somministrato risultamenti soddisfacenti. In ciascun metodo di cura

la mortalità generale è stata assai forte per mostrarne l'insufficienza; in nessuno è stata grande assai per dimostrarne evidentemente il danno.

Lo stesso metodo razionale, secondo il quale la curazione viene modificata conforme la forma ed il periodo della malattia, non ha in suo favore una proporzione di successi tale che stabilisca chiaramente la sua superiorità sugli altri metodi.

È in parte per aver trascurato queste verità che tutti i sistemi che hanno avuto qualche riputazione in medicina, prendendo fondamento sopra picciol numero di fatti, hanno contato guarigioni che a loro non appartenevano esclusivamente, e che per lo più non erano dovute che al naturale andamento della malattia. L'incertezza e la confusione che nascono da tante pretensioni quasi egualmente assolute, costituiscono per noi una delle principali cagioni dell'incertezza che ancor oggi involge la cura da mettere in pratica contro la malattia tifoide.

Gli antichi che osservavano i fenomeni morbosi e le mutazioni che ne accadevano nel corso della malattia con esattezza che poscia è stata alcuna volta trascurata, avendo attribuito la guarigione delle febbri alle evacuazioni che in alcuni casi avevano osservate nell'epoca in cui sopravvenivano i primi segni di miglioramento, e che essi chiamavano critici, dovevano, quando la malattia teneva un andamento semplice, guardarsi dall'interromperlo con attiva medicatura, ma quando la malattia prolungavasi, o quando sopravveniva un qualche accidente valevole a turbare queste evacuazioni cercavano di sollecitarle od eziandio di supplantarle. I fenomeni ai quali attribuivano la risoluzione della febbre, e che cercavano di produrre con medicamenti, erano il vomito, la diarrea, la diaforesi e le evacuazioni sanguigne.

Dopo aver discorso altrove minutamente questa materia quando si parlò di questi diversi sintomi, è inutile il dire qui che non si può prendere la maggior parte di sì fatte evacuazioni per fenomeni critici, che quelle le quali, come il ritorno della traspirazione, si collegano ordinariamente ad un miglioramento, ne sono un effetto anzichè la causa, e che per conseguenza la medicatura che ha fondamento su questa teoria non può essere ammessa nell'attuale stato della scienza.

Quei medici che nella malattia in discorso attribuirono gran parte alla putrescenza degli umori, dovettero cercare nelle sostanze che sono state supposte dotate di virtù antiputride i mezzi da mettere in opera. Tra i medicamenti che in epoche diverse hanno goduto grande riputazione, troviamo la canfora, il muschio, la chinachina, gran numero di piante più o meno aromatiche, i vini di diverse qualità, l'alcool, le diverse preparazioni di chinachina, gli acidi minerali e particolarmente gli acidi solforici e muriatici venivano frequentemente adoperati in forma di limonata detta minerale. La maggior parte di queste sostanze si amministrava internamente e si applicava come topici all'esterno. Tutte erano destinate a prevenire o a mettere rimedio alla putrescenza, la quale veniva considerata come la cagione principale della febbre.

La dottrina che attribuiva tutte le malattie, specialmente le febbri all'adinamia o all'astenia, impiegava, con fine diverso, mezzi simili di cura; i più generosi vini, le preparazioni che suppo-nevano dotate di virtù le più toniche, gli amaricanti, la china in tutte le forme, venivano amministrati per rinvigorire le forze che credevano abbattute.

Cotesta teoria che pochi progressi aveva fatti in Francia, ebbevi un nuovo impulso dalla pubblicazione della *Nesografia filosofica*. Molti medici, malamente interpretando le opinioni di Pinel, il quale consigliò la medicatura tonica nella febbre adinamica, la impiegarono in tutti i casi ed a tutte le epoche e prepararono ad essa quella specie di reprobazione di cui è stata per alcun tempo oggetto tra di noi.

Che che sia, e quantunque gl'inconvenienti di sì fatto modo di curazione siano stati esagerati, contuttociò non potrebbesi riguardar come applicabile a tutti i casi. Questo è quanto fu a maraviglia compreso dal Rasori, uno dei parteggiatori del brownianismo che l'autorità del suo nome e del suo ingegno molto aveva contribuito a diffondere in Italia, quando chiamato a Genova a curare una febbre

petecchiale che aveva alcuni dei caratteri delle malattie asteniche di Brown, trovò la cura stimolante sì nociva che fu obbligato ad escluderla. Si fu allora che, costretto a ricercare altro metodo di cura, venne portato alla dottrina del *controstimolo*.

L'amministrazione delle preparazioni antimoniali a forte dose formò la base della nuova medicatura che Rasori pose in uso a curare la febbre. Quando egli prendeva a curare il malato fino dai primi giorni della malattia, se il soggetto era giovine e robusto, ordinava in prima il salasso, ed immediatamente dopo amministrava quattro, sei, otto, dodici, sedici grani di tartaro stibiato in quella bevanda acquosa che più piacesse al malato, facendogliela prendere a picciole dosi nel corso della giornata.

Il chermes minerale è, dopo il tartaro stibiato, il medicamento di cui egli più usava come controstimolante; lo univa al nitro ed aumentava le dose secondo la gravezza dei casi, prendendone l'infermo un grano o un grano e mezzo d'ora in ora o di due ore in due ore. Al tempo medesimo che prescriveva l'uso o del tartaro stibiato o del chermes, od anche di queste due sostanze alternativamente, non trascurava l'uso di diversi altri rimedi che formavano come il compimento della medicatura controstimolante. A taluni infermi ordinava i purganti, come i sali neutri, la manna, la polpa di tamarindo, ec., in dosi egualmente forti e ripetute, consultando, nella scelta di questi diversi medicamenti il gusto o l'avversione del malato o dei parenti del medesimo: in altri preferiva i lavativi più o meno purgativi nei quali faceva per lo più entrare il tartaro emetico; egli secondava inoltre l'azione di tutti questi rimedi controstimolanti colle decozioni vegetabili principalmente di tamarindo, colla severa dieta, e con tutte le più opportune condizioni igieniche.

Il metodo di curare le febbri conforme a questa dottrina avrebbe in mano di Rasori sortito tali successi, che, secondo quanto egli racconta nella sua istoria della febbre petecchiale di Genova (1), niuno tra quanti malati venne posto in pratica morì, quantunque egli ne avesse a curare di tali dei quali molti corsero gravissimo pericolo. Se questo metodo non è stato impiegato in Francia nella curazione delle febbri, devesi ciò attribuire principalmente a che non potevasi trovare in accordo alle ricerche d'anatomia patologica che a quel tempo incominciavano a prender favore, e le quali, bene o male interpetrate, diedero origine alla dottrina fisiologica.

Il metodo curativo suggerito da quest'ultima dottrina è appunto esclusivo come la teorica da cui deriva, e vuole che si pratichi la cura antiflogistica più o meno energica pei più disperati stati morbosi. Esclude e riprova l'uso dei medicamenti eroici che soli possono in alcune occasioni scampare il malato da morte quasi certa, non fa quasi alcun conto del generale stato dell'infermo, e combatte costantemente l'infiammazione che i medici fisiologi credono vedere sotto diverse forme od apparenze, coi salassi locali e generali, colle bevande acquose, colle fomentazioni, cogli empiastri ammollienti e qualche volta coi rivulsivi.

Da poichè la patologia umorale, stata lungamente in oblio, ha di nuovo cominciato ad essere côltivata, essendo stata ai dì nostri nuovamente riprodotta l'opinione che le differenti febbri continue potessero dipendere da una morbosa condizione dei fluidi essendo una tale opinione appoggiata e fortificata con ricerche che sembrerebbero in rapporto coll'attuale stato della scienza, sono stati necessariamente proposti nuovi metodi curativi. Delle indagini di questo genere hanno riscosso maggior plauso e riputazione quelle del dottor Clanny di Sunderland e quelle del dottore Stevens.

Il primo ha esclusivamente limitato le sue alle febbri tifoidi le quali attribuisce ad un'importante alterazione del sangue, consistente nella diminuzione o piuttosto nella spariziune, durante il corso dell'affezione tifoide, di quella quantità d'acido carbonico che il sangue medesimo contiene nello stato di sanità, alterazione che egli dice di non aver riscontrata in altra malattia. Il modo di rendere al sangue l'acido carbonico che ha perduto è secondo il dottor Clanny, il fare entrare questo gas nell'economia per tutte le vie possibili; l'acqua di Selt in

(1) *Istoria della febbre petecchiale di Genova, composta dal Rasori.*

bevanda, presa in quantità grande, le pozioni effervescenti, l'acido carbonico in lavativo formano la base della medicatura che egli propone e che deve, se il vogliamo credere, quando non vi sia complicazione, essere tanto efficace quanto il solfato di chinina lo è nelle febbri intermittenti ed il mercurio nelle affezioni sifilitiche. Noi medesimi, non trovando motivo alcuno per riprovare l'uso di questo mezzo, abbiamo fatto alcune prove i cui risultamenti non sono stati così favorevoli come l'aveva annunziato il dottor Clanny. Nel tempo in cui vennero pubblicate sì fatte ricerche, avendo noi deliberato di curare con cotesto mezzo tutti quei casi di febbre tifoide che fossero capitati nelle nostre sale all'ospedale della Carità, ordinammo l'acqua di Seltz in copia grande a sei malati che vennero nel prim'anno e cotesti sei malati guarirono; ma l'anno seguente la mortalità ci parve maggiore che nelle ordinarie circostanze, di guisa che il risultamento di questi due anni presi insieme, non differiva notabilmente dal risultamento ordinario. Per quanto poco numerose siano state queste prove, noi ne abbiamo potuto conchiudere che l'acqua di Seltz o meglio il gas acido carbonico non è un antitifoide così potente come aveva asserito l'autore delle ricerche dette, ed abbiamo preferito di tentare altri rimedi che fino a qui non sono stati mostrati inefficaci.

Le indagini del dottore Stevens sono state più estese di quelle del suo concittadino, e pare che abbia analizzato nelle più differenti febbri ed in diversi climi, ed aver trovato, soprattutto nei casi gravi, una diminuzione notabile della quantità dei sali che entrano nella composizione di questo fluido e specialmente del muriato di soda. L'impregnazione delle quali materie saline nel sangue essendo, secondo il detto medico, la causa del colorito rosso di questo fluido, tutto lo scopo della cura che egli propone si è di rendere al sangue la proporzione di tai sali dei quali è mancante, facendo prendere almeno una sufficiente quantità di sali non purgativi. Il Dottore Stevens non contento di farli entrare nell'economia per le vie ordinarie, opina che nei casi gravissimi e quando il medico viene chiamato a soccorrer l'infermo solo nell'ultimo periodo della malattia, debba tentare di introdurli iniettando una soluzione salina nelle vene.

Questa teorica, che non è ancora stata giudicata dai fatti, era stata estesa dall'autore alla cura del morbo collera asiatico nel quale è tornata affatto vana; questo non riuscimento, senza decidere la questione riguardo alla febbre tifoide, è per lo meno di cattivo presagio.

I purganti sono stati usati in epoche differenti e con fini diversi nella cura della malattia che si discorre. Oggi non evvi al certo pratico che curi unicamente con simili rimedi i malati d'affezione tifoide; ma non è gran tempo che in un paese vicino i purganti formavano la base della medicatura delle febbri. Quantunque questo modo di curare, chiamato il metodo di Hamilton, dal nome dell'autore che lo mise in uso, sia ora abbandonato anche in Inghilterra in quanto all'applicazione sua generale, con tuttociò molti medici Inglesi impiegano tuttavia nel corso della febbre tifoide purganti che da essi amministrati, non producono quei funesti effetti che ad essi hanno attribuito i parteggiatori della dottrina fisiologica. In Francia, Bretonneau ha cercato d'introdurre quest'ultimo metodo il quale se non apporta i vantaggi che gli uni hanno supposto, non apporta quegl'inconvenienti che altri gli hanno attribuito. L'esperienza degl'inglesi che costantemente lo praticano ci mostra che i timori che aveva ispirato tra di noi sono per lo meno esagerati.

Non è per noi dubbio che i purganti possano, in molti casi, essere usati dopo il principio dell'affezione tifoide senza danno alcuno; ma arrivato che è il tempo in cui d'ordinario si formano le esulcerazioni intestinali, e vale a dire cominciando a contare dal decimo o dodicesimo giorno della malattia, opiniamo che nell'attuale stato della scienza, sia mestiero astenersi da tutti quei mezzi terapeutici che accelerando e moltiplicando i moti degl'intestini possono indurre la rottura del peritoneo nei luoghi corrispondenti alle esulcerazioni, e là dove soventemente è il solo ostacolo che impedisca a che le materie dell'intestino si effondino nella cavità peritoneale.

Il numero e la diversità dei metodi di cura che sono stati suggeriti contro

la febbre tifoide ci mostrano quanto poco la medicina teorica valga nella curazione della malattia in discorso. Tutti questi metodi sono stati vantati come i soli che fossero in accordo colle cognizioni del tempo; tutti sono stati fortificati con fatti che parevano stare in loro favore e contuttociò di nessuno possiamo essere pienamente contenti.

La cognizione di tante prove che si può dire essere quasi egualmente riuscite infruttuose, non può evidentemente che accrescere l'incertezza di un subietto già sì difficile, e sì oscuro per se medesimo.

Se tutti i ricordati metodi di cura fossero stati usati nelle medesime condizioni, forse si perverrebbe col soccorso di numerose statistiche a scoprire nei risultamenti alcune differenze che potrebbero portare a preferire un metodo ad un altro; ma vi sono tante circostanze che contribuiscono a far variare questi risultamanti che non si vogliono ricevere che con grandissima circonspezione le conseguenze che se ne deducono.

I fatti che potrebbero servire a queste investigazioni sono stati osservati, la maggior parte, nelle epidemie; ora non tutte le epidemie hanno la medesima gravezza, e nella stessa epidemia si osservano, per questo lato, differenze notabili in epoche diverse della sua durata, e nelle epoche eziandio in cui la malattia non prende una forma epidemica decisa, nella mortalità si notano soventemente differenze assai considerabili dall'un anno all'altro, nei medesimi luoghi, restando sempre lo stesso il metodo curativo.

Grandi differenze si osservano eziandio nella mortalità indipendentemente da qualunque influenza di cura, secondo che le osservazioni sono state raccolte in città o negli ospedali; e tra questi ultimi parimente alcuni sono in condizioni particolari che non permettono di paragonare con esattezza i risultamenti ottenuti in questi diversi ospizii. L'Hotel-Dieu, per esempio, essendo l'ospedale più vicino all'uffizio centrale, riceve nelle sue sale un numero maggiore di casi gravi, o che debbono aggravare le statistiche della mortalità di questo vasto ospedale a favore degli ospedali eccentrici. Maggior differenza, per questa parte, trovasi ancora tra gli ospedali civili e gli ospedali militari. Non essendo in questi ultimi ricevuti che soggetti tra i 20 e i 30 anni ed essendovi per lo più ricevuti al principiare della malattia, essendo negli altri ricevuti soggetti di tutte le età ed in tutte le epoche delle loro malattie, ne deve procedere una difficoltà gravissima a dedurre delle conclusioni positive in favore di tale o tale medicatura da queste statistiche di mortalità e da quelle eziandio che fossero state fatte con scrupolosissima esattezza.

Per quanto le dette difficoltà, che noi non abbiamo punto esagerate, siano grandi, non è per altro impossibile affatto di pervenire a risultamenti utili per la cura della malattia tifoide.

Se l'irregolarità dell'andamento della malattia non permette di attribuire costantemente all'impiegata medicatura il miglioramento o l'esacerbazione che ne sopravviene, accorti che ci siamo di questa causa di sbaglio, troveremo pertanto qualche caso in cui saremo costretti a riconoscere l'efficacia dei rimedi usati e conseguentemente potremo giudicare dell'opportunità della loro amministrazione; ma affinchè cotesti risultamenti abbiano qualche valore, bisogna che prendano fondamento sopra un considerabil numero di fatti, che siano stati osservati in gran numero di soggetti, per più anni di seguito, se è possibile, in luoghi diversi.

Se il confronto che siamo andati facendo dei diversi metodi di cura fino a qui impiegati ha dimostrato pel fatto che nessuno di essi somministra risultamenti sodisfacenti nella curazione delle febbri continue, non ne seguita punto che tutti debbano essere compresi nella medesima reprobazione. In primo luogo è cosa che ripugna l'ammettere che quelli i quali hanno goduto maggior credito abbiano prodotto tutto quel male che ad essi è stato attribuito da quei medici che professavano opinioni contrarie a simili metodi terapeutici. Si può mai credere che se la cura coi tonici, per esempio, fosse stata in tutti i casi così sfavorevole, come è stato preteso, sarebbe stata sì lungamente in uso e che verrebbe tuttavia anche presentemente impiegata da un certo numero di pratici? Si crederebbe mai che la cura antiflogistica, che è già stata tante volte vantata come la sola

che possa essere convenevole nella malattia che si discorre, avesse conservato sì a lungo la riputazione che tuttora gode se avesse costantemente prodotto i cattivi effetti che le vengono rimproverati, e diremo di più, se per coloro che la praticavano non fosse stato evidente che almeno in alcuni casi hanno avuto a lodarsi dei suoi buoni effetti? Allorchè una maniera di medicatura è evidentemente funesta presto viene abbandonata anche dai suoi più ardenti fautori.

Se medicature sì varie sono riuscite efficaci, almeno qualche volta, nella curazione della medesima malattia, noi ne troviamo la spiegazione in un fatto che crediamo di aver dimostrato, ed è che, rappresentando l'affezione tifoide essa sola tutte le febbri continue degli autori, la cura ha dovuto variare secondo che la malattia preferiva di pigliare piuttosto l' una che l'altra delle forme che si sono descritte. Dimostrata che fosse l' efficacia di un metodo per qualche buon successo, si comprende come i sommi pratici abbiano potuto, per la natural propensione a generalizzar tutto, estenderne l' applicazione ad un numero grande di casi, tuttavolta però modificandolo con quel tatto pratico che si acquista dall' esperienza e che corregge i difetti della medicatura esclusiva.

Dal fin qui detto apparisce che la medicatura che conviene ad una varietà dell'affezione tifoide può essere nociva in una varietà differente, e che in quei casi nei quali la malattia presenta successivamente i fenomeni che appartengono a più varietà, il medico deve quindi variare la medicatura conforme le mutazioni che avvengono nella forma del male.

Le quali considerazioni hanno indotto gran numero di medici a rinunziare, nella curazione dell' affezione tifoide, a qualunque metodo uniforme che non potrebbe convenire nè ai diversi periodi, nè alle varietà sì diverse di questa malattia. Eglino si sono avvisati che, essendo la natura della malattia e le cause determinanti sconosciute, valesse meglio prendere le indicazioni nell' insieme dei sintomi che colpiscono i nostri sensi che cercarle nell' opinione dei medici sistematici. Questo metodo, che noi chiamiamo *razionale*, imperocchè ha per fondamento il raziocinio, e che è stato anche chiamato *sintomatico*, imperocchè prende appoggio su i sintomi, non riprova, nè esclude alcuno dei mezzi di cura, come pure nessuno ne adotta esclusivamente, esso cerca di distinguere i casi nei quali questi diversi agenti terapeutici convengono da quelli nei quali potrebbero nuocere. Esso impiega, secondo il caso, i più opposti rimedii, i debilitanti ed i tonici, gli evacuanti e gli astringenti tanto in soggetti diversi, quanto nello stesso individuo ed a differenti epoche della malattia. E neppure questo metodo riprova l' uso dei rimedi empirici, e i tentativi opportuni a sparger luce sulla loro efficacia. Nelle esperienze che noi abbiamo fatte intorno all' uso dell' acido carbonico, in quelle che tuttora facciamo intorno all' uso dei cloruri, abbiamo sempre unita la medicatura razionale con sì fatti medicamenti.

Noi ci facciamo ora ad esaminare questi diversi mezzi ed a specificare i periodi e le circostanze in cui si possono essi adoprare, tanto in quei casi nei quali l'affezione tifoide conserva il carattere di semplicità che ha nella maggior parte dei casi, quanto nelle differenti complicazioni che possono sopravvenire.

PARAGRAFO I.

MEDICATURA RAZIONALE.

La malattia tifoide non sempre mostrasi coi caratteri generali che appartengono alle febbri infiammatorie, biliose, adinamiche, atassiche; in un certo numero di casi l'apparato febbrile che ella presenta non ha alcuno dei caratteri distintivi degli ordini delle febbri di Pinel. Questa forma della malattia tifoide non presenta un' indicazione veramente decisa, e allorchè non cangia nel suo ulteriore processo, l' esito è quasi sempre fausto, eccettuando i casi, che sempre sono da temersi, di intestinale perforamento.

In questa forma della malattia tifoide comunalmente ci limiteremo a prescrivere le bevande rinfrescative, come la limonata, la soluzione di siroppo di ribes, l'aranciata, acqua pura, le quali bevande si prendono poco a poco ed in quantità proporzionata al bisogno, le fomentazioni ammollienti o gli empiastri di farina di semi di lino sul ventre se sia doloroso,

le lavande d'acqua con aceto su tutta la superficie del corpo, o i semplici bagni se il calore sia forte; lavativi mucillagginosi, ripetuti ogni giorno, più volte; pezze fredde sulla fronte quando la testa è dolente ed empiastri caldi ed anche senapati se siavi inclinazione all'assopimento ed a sognare.

Nel numero maggiore dei casi, potrebbero cotesti rimedi esser impiegati soli e la malattia andare a fausto termine. Ciò nonostante, ne sembra utile, anche nei più semplici casi della malattia tifoide, di fare nel principio, una cavata di sangue dal braccio, il cui primo effetto si è di diminuire la cefalalgia, e di sollecitare il tempo in cui cessa. Abbiamo medesimamente motivo di credere che essa possa prevenire l'ulteriore sviluppamento di accidenti più o meno gravi. Risulta in effetto dalle statistiche pubblicate da Louis nel 1829, e dalle osservazioni che noi abbiamo fatte dopo quel tempo, che un salasso praticato al principio della malattia esercita un'influenza favorevole sulla sua durata e sul suo esito definitivo. Si può similmente ricorrere, nei casi di cefalalgia intensa o di dolore addominale forte, all'applicazione di alcune mignatte sotto le apofisi mastoidi nell'un caso, ed all'ano nell'altro. Si sollecitano le evacuazioni alvine, se siano rare, col siero di latte unito al tamarindo, con un sal neutro o con qualsivoglia altro blando lassativo, si moderano, se siano frequentissime, colle bevande mucillagginose coll'acqua di gomma o di riso, con mezzi lavativi di amido, ec.

Al tempo medesimo che si usano questi rimedi, bisogna aver gran premura di mettere l'infermo in condizioni igieniche favorevolissime. Le cure igieniche sono qui di grande importanza, e se alcuni dotti medici hanno mosso qualche dubbio contro l'efficacia dei medicamenti nella malattia tifoide, nessuno ha potuto dubitare dell'utilità dei soccorsi igienici, e dei danni che ne vengono omettendoli. L'esperienza non ha che troppo chiaramente mostrato quello che divengano i malati attaccati da queste affezioni allorchè sono riuniti in luoghi angusti e che restano privi delle cure di nettezza, in mezzo ai loro escrementi, nell'orina e nelle materie stercoracee. La malattia aggrava di giorno in giorno, si formano escare su i tegumenti, ed il tifo contagioso non tarda a nascere ed a menare strage.

Tra le cure igieniche che sono più necessarie nel corso dell'affezione tifoide, devesi mettere innanzi a tutte il rinnovamento dell'aria della stanza in cui è il malato. Essendo l'ingombramento una delle più sfavorevoli circostanze tanto pei malati medesimi, quanto per le persone che li assistono, il medico deve volgere tutta l'attenzione a ciò che i malati, quando ne sono parecchi nella medesima sala, siano collocati in distanza grande quanto è necessario affinchè l'aria circoli e passi liberamente tra i loro letti; verranno frequentemente aperte le finestre, e si guarderà bene di non collocare i letti in alcove o di circondarli con cortine.

Nè minore influenza hanno sull'andamento della malattia e specialmente sull'esito di lei definitivo le cure di nettezza. Le evacuazioni involontarie che hanno frequentemente luogo nei casi gravi e l'azione funesta delle materie evacuate su quelle parti dove gravita il peso del corpo rendono coteste cure molto più indispensabili che nelle altre malattie. Nulla si dovrà trascurare per impedire a che le materie delle evacuazioni restino in contatto col malato: il cambiare le lenzuola, l'interporre un lenzuolo tra il sedere del malato ed il materasso, od un pezzo di tela impermeabile sotto quest'ultimo, la nettezza di tutti gli oggetti che servono al suo uso e di tutti i mobili che sono intorno al letto sono tutte cure che per grandi che siano mai riusciranno soverchie; e siccome non di rado accade che gl'infermi non si accorgano delle evacuazioni e non conoscano lo stato in cui si trovano ridotti, non si raccomanderà mai abbastanza alle persone che li assistono di introdurre frequentemente la mano sotto il malato per sentire se alcuna evacuazione sia seguita, e di mutare immediatamente le lenzuola allorchè sono imbrattate dall'orina o da materie stercoracee. Sonovi ancora da prendere alcune altre cure di minore importanza e le quali non differendo se non poco da quelle del medesimo genere che richiedono le altre malattie, non staremo a discorrerle in modo particolare, esse appartengono allo studio dell'igiene in genere; tali sono per esempio, le regole riguardanti la temperatura della camera del malato, l'allontanamento di tutte quel-

le cagioni che potessero avere una funesta azione sul suo spirito, ec.

Tale è presso a poco la base della cura che da noi praticasi pei soggetti attaccati di febbri tifoidi, allorchè nella malattia non osservasi alcun grave fenomeno, e fino a che gli accidenti febbrili persistono. Ma quando questi ultimi diminuiscono d'intensità, quando nell' universale stato dell' infermo si incontrano i segni d' incontrastabile miglioramento, allora noi cambiamo spesso le bevande ammollienti in una bevanda leggiermente amara o aromatica; la dieta non è più tanto severa, si permette al malato di prendere qualche gelatina vegetabile, il brodo allungato, l'acqua vinosa e successivamente qualche zuppa blanda, fino a che entri in una legittima convalescenza.

Questa medicatura la quale consiste nell'avvertenza di tener lontane dall' infermo tutte le cagioni capaci di turbare il naturale andamento della malattia, circondandolo di tutti i convenevoli mezzi iginici, piuttosto che nell' uso di alcuna sostanza medicamentosa, non basta più quando l'affezione prende i caratteri decisi di alcuna delle forme per noi descritte; allora il medico non deve più attenersi alla semplice espettazione; la malattia presenta positive indicazioni da sodisfare; noi le esporremo nelle sezioni seguenti.

SEZIONE I.

MEDICATURA DELLA FEBBRE TIFOIDE INFIAMMATORIA.

Allorquando la febbbre tifoide prende la forma infiammatoria, la medicatura antiflogistica vuol essere impiegata con più o meno energia, secondo l'età e la robustezza dei soggetti, e secondo la gravezza dei sintomi infiammatorii.

Qui evvi una regola che è importante di non obliare, ed è che nella forma dell' affezione tifoide di cui ci occupiamo, non si deve impiegare la medicatura antiflogistica con quel medesimo vigore che impiegasi nella maggior parte delle malattie schiettamente infiammatorie. Raramente in una pneumonite accesa in soggetto robusto ordiniamo meno di due salassi, frequentemente oltrepassiamo questo numero, e li facciamo, generalmente, molto più abbondanti che nell'affezione tifoide. Bisogna costantemente ricordarsi che, in quest'ultima affezione, la forma adinamica può succedere alla forma infiammatoria, lo che raramente accade nelle flemmazie, d'onde nasce la necessità di risparmiare le forze del malato e per conseguenza di procedere parcamente a cavar sangue.

Altro motivo, ancora, che viene in sostegno di questo precetto, si è la frequenza delle flemmasie accidentali nei soggetti che sono stati maggiormente indebuliti, e l'impossibilità in cui il medico sarebbe di riparare a sì fatte complicazioni, se nel principio avesse cavato troppo sangue.

In conseguenza, nella forma infiammatoria della malattia tifoide, dopo avere, in principio cavato sangue una o due volte, e posto riparo, al bisogno, a qualche congestione locale con una o due applicazioni di mignatte, si dovrà comunalmente rinunziare a questi rimedi, limitarsi all'astinenza assoluta degli alimenti, usare le bevande rinfrescative, come il siero di latte, le emulsioni, le limonate vegetabili, i bagni temperati, le fomentazioni e i lavativi ammollienti, le lavande fresche sulla fronte e l'insieme dei soccorsi iginici precedentemente ricordati.

Gli stessi mezzi convengono medesimamente nel secondo periodo ed anche nel terzo, allorchè la malattia non prende un carattere differente. Il solo caso in cui potrebbero essere indicate nuove cavate di sangue sarebbe quello in cui si vedesse sopravvenire un'infiammazione di qualche importante organo in soggetto che tuttora conservasse assai forza da poter tentare così fatto mezzo. In tutti i casi non vi si dovrà ricorrere che con molta misura, come si suol fare delle *cavate di sangue esploratrici*.

Se l'affezione tifoide, primitivamente infiammatoria, prende nel suo ulteriore processo la forma atassica od anche adinamica, ella può esigere rimedi differenti come si vedrà in appresso.

SEZIONE II.

MEDICATURA DELLA FEBBRE TIFOIDE BILIOSA.

Non ci è sembrato che questa forma della malattia tifoide esiga importanti modificazioni nella medicatura. L'amarezza

della bocca, l'intensità della sete fanno sì che i malati ardentemente desiderino, particolarmente nel primo periodo, le bevande fresche, acidule, come l'aranciata, la limota, il siroppo di ribes, le decozioni appena appena zuccherate, le frutta rosse quando la stagione le somministra e specialmente i ribes, le ciriege, i lamponi. Egli è cosa naturale l'obbedire a quest'istinto e di accordare ai malati, fra coteste bevande, quelle le quali più sono ad essi gradite e che altresì prendono in maggior quantità.

L'utilità dei vomitivi e dei purganti ed i danni del salasso accennati dai medici del passato secolo, non ci sono paruti dimostrati. Noi abbiamo praticato il salasso nel principio della febbre tifoide biliosa, come nella forma semplice della malattia, e pei medesimi motivi, senza aver mai osservato che abbia prodotto infausto effetto.

In quanto ai vomitivi specialmente, intorno ai quali le opinioni sono state divise, rarissimamente ne abbiamo fatto uso, imperocchè nel numero maggiore dei casi ammioistrando le bevande acidule e leggiermente lassative abbiamo veduto sparire i segni che li avrebbero indicati e specialmente l'intonaco giallastro della lingua, l'amarezza della bocca, le nausee, i vomiti biliosi e la stitichezza. Tuttavolta siamo inclinati a credere che i vomitivi possono apportare giovamento, allorchè, nei primi giorni della malattia, essendone stata l'invasione subitanea, lo stomaco e gl'intestini non sono più in condizioni convenevoli per digerire le sostanze alimentari che vi sono state introdotte o allorchè esistono evidenti segni d'ingombramento delle prime vie. Si deve anche credere che, sotto l'influenza di coteste tre condizioni meglio determinate in alcune mediche costituzioni, in certe epidemie come in quella di Losanna di cui il Tissot scrisse l'istoria, i vomitivi sono stati e potrebbero essere indicati e produrre un effetto favorevole sull'andamento della malattia, come i salassi potrebbero riuscire dannosi. Ma coteste osservazioni non sono state fatte che nell'ultimo secolo e forse con una disposizione di spirito tale che non era scevra di qualunque idea preconcepita. Nuove osservazioni sono necessarie per determinare qual grado di fiducia debbasi accordare alle prime.

SEZIONE III.

MEDICATURA DELLA FEBBRE TIFOIDE MUCOSA.

Questa forma della malattia è, siccome abbiamo detto, una di quelle che sono delineate con minore esattezza. È similmente quella che somministra minor numero di indicazioni particolari. La medicatura della malattia tifoide, nella sua più semplice forma, le è applicabile nel numero maggiore dei casi; solo si sostituiscono con vantaggio alle bevande ammollienti che i malati talvolta rigetterebbero per vomito, alle bevande acidule le quali pare che siano controindicate dalla naturale acidità della saliva, le infusioni lievemente amare o debolmente aromatiche, come, per esempio, quelle di calamandrea, di foglie di arancio, il brodo di vitello o di pollo lievemente aromatizzato col cerfoglio o col siroppo di lampone; nel secondo periodo si amministrerà qualche bevanda amara, come l'infusione di centaurea minore o di cicoria, a cui in appresso si sostituirà l'infusione di salvia, di camomilla o di menta, secondo le indicazioni. Allorchè nel secondo o nel terzo periodo, i sintomi adinamici o atassici succedono ai caratteri oscuri della forma mucosa, le indicazioni variano precisamente come nelle precedenti varietà, secondo lo stato generale dell'infermo.

SEZIONE IV.

MEDICATURA DELLA FEBBRE TIFOIDE ATASSICA.

La forma atassica della febbre tifoide è al tempo stesso una delle più gravi e quella nella cui curazione si incontrano maggiori difficoltà. Il disordine dell'innervazione che ne forma il principal carattere è sembrato ad alcuni medici sempre collegato ad una flemmazia, e tale che esiga costantemente gli antiflogistici; altri al contrario, hanno scorto in questo disordine un effetto della debolezza, e nei tonici il solo mezzo valevole a ripararvi; altri in fine, hanno considerato questo perturbamento nervoso come dipendente da uno stato di spasmo a cui sarebbe

stata costantemente applicabile una serie di rimedi decorati del titolo di *antispasmodici*. La più grande oscurità involge le materiali cagioni di cotesto disordine nervoso che noi dobbiamo ammettere, e dobbiamo ricercare i mezzi da rimediare con successo, non già nelle supposizioni gratuite, ma altrove.

Conviene prima di tutto conoscere che i siotomi atassici si mostrano in condizioni troppo differenti perchè un metodo di cura sia efficacemente applicabile a tutti i casi. Qui essi appariscono nel principio insieme coi sintomi infiammatorii, là non si mostrano che ad un periodo molto avanzato e con sintomi adinamici; altrove, il perturbamento del sistema nervoso apparisce solo, senza reazione infiammatoria, senza segni di adinamia. Egli è chiaro dunque che la medesima medicatura non potrebbe convenire a queste diverse varietà della febbre atassica.

Tutte le volte che la malattia tifoide si mostrerà sotto la forma infiammatoria atassica, le indicazioni non saranno incerte, la medicatura antiflogistica sarà la sola convenevole; verrà posta in uso, come nella forma infiammatoria con un grado di energia proporzionato alla robustezza del soggetto ed alla gravezza dei sintomi.

Se al contrario i sintomi atassici si mostrino accompagnati dai fenomèni adinamici, questi ultimi palesano insieme il vero carattere del male ed il metodo di cura che ad esso conviene; è chiaro che allora bisogna ricorrere ai tonici.

Allorchè i sintomi atassici si mostrano soli senza essere accompagnati da questi fenomeni chiaramente infiammatorii o adinamici che rimuovono ogni incertezza, l' attento esame dei sintomi presenti, l' esatta ricerca di tutte le circostanze che hanno preceduto l' invasione della malattia possono eziandio illuminare il medico e stabilire l' utilità del metodo antiflogistico in certi casi, e del metodo tonico in certi altri. La costituzione, il vitto consueto dei soggetti somministreranno, in sì fatti casi, schiarimenti che non saranno mancanti di utilità.

Quando la malattia non presenta indicazioni precise, ossia per poca intensità dei sintomi, ossia per le sue cagioni o pel suo andamento, allora bisogna attenersi alla medicina aspettativa.

SEZIONE V.

MEDICATURA DELLA FEBBRE TIFOIDE ADINAMICA.

La malattia tifoide mostrasi assai frequentemente sotto la forma adinamica e l' adinamia medesima apparisce con diversi gradi d'intensità. Se essa si palesi semplicemente collo stupore, con una prostrazione di forze maggiore di quella che comunalmente osservasi nella malattia tifoide, colla debolezza di polso, cogli svenimenti se l'infermo voglia stare seduto, coll'impossibilità di ritenere le materie escrementizie, esige l'uso degli amaricanti e degli aromatici, come la decozione di chinachina, le infusioni di camomilla e di salvia per bevanda, in lavativo, per bagno, ed esternamente applicate; vi si aggiunge in dose moderata il vino, la canfora e qualche volta l'etere. Se la debolezza giunga ad un grado più considerabile e venga palesata dall'impossibilità in cui trovasi il malato di eseguire i più piccioli movimenti e di parlare, dalla profonda alterazione della fisonomia, dal fetore dell'alito, dalla picciolezza e dalla lentezza del polso, dal poco calore e perfino dal raffreddamento; bisogna allora crescere le dosi dei rimedi già indicati, come il vino, la canfora, l' etere, adoprare la chinachina sotto forma di estratto, alla dose di più dramme, dall' una alle due once, introdotta per la via dell' esofago e dell'intestino retto, sostituire ai vini di Francia i vini alcoolici di Spagna amministrati a cucchiaiate, ad intervalli determinati, quattro o cinque volte il giorno, ogni due ore ed anche ogni ora; qualche volta io ho fatto prendere con non isperato successo due bottiglie di vino di Madera o di Malaga a certi malati nello spazio di quattro o cinque giorni.

A torto si crederebbe che nello stato adinamico, i tonici e gli eccitanti dovessero esercitare una funesta impressione sulle lesioni di cui sono sede gl'intestini; questi rimedi che rianimano con notabile sollecitudine e vigore le forze generali del malato, non debbono agire in una maniera sfavorevole sulle lesioni che sono in cotesti organi; anzi pare che producano sopra di esse, in questi casi, buon effetto.

L'analogia ed i fatti che abbiamo os-

servati vengono a sostenere quest'opinione. Tutto in effetto induce a credere che le esulcerazioni intestinali debbano in queste condizioni richiedere un modo di cura analogo a quello che conviene nelle esulcerazioni cutanee che si formano nei medesimi soggetti. Ora, mostra l'osservazione che il digestivo animato, che l'unguento storace danno a coteste esulcerazioni un migliore aspetto e ne secondano la cicatrizzazione. Allorchè un soggetto muore dopo essere stato posto, per alcuno spazio di tempo, alla cura tonica, le ulcere degli intestini o le chiazze a foggia di favo nulla mostrano nell'aspetto loro che indichi che i tonici abbiano esercitato su coteste lesioni una cattiva influenza, spesso al contrario sono esse evidentemente in via di cicatrizzazione o di risoluzione: notabili esempi sonosi da noi veduti nei soggetti delle osservazioni XII, XVI, XXVII.

Di nove soggetti pei quali, nel corso degli anni 1831 e 1832, abbiamo posto in pratica la medicatura tonica, e che tutti, al momento in cui vennero posti a questa cura erano in istato gravissimo e pareva che avessero a morire quasi immediatamente per la progressione sempre crescente della debolezza, sei guarirono e non ne morirono che soli tre; questa proporzione è tanto più notabile in quanto pareva che tutti avessero a morire prestamente se si fosse lasciato seguitare alla malattia il suo naturale andamento. Avremmo noi ottenuto un simile risultamento se la medicatura tonica producesse sulla lesione locale i cattivi effetti che le vengono attribuiti?

Se è cosa importante il non cominciare l'uso della medicatura tonica in quel tempo in cui lo stato di reazione, già per se stesso troppo energico, potrebbe essere funestamente aggravato dall'uso di una medicatura tonica attiva non meno importante è il non aspettare che le forze del soggetto siano affatto sfinite e non possano più essere ristorate. È difficile determinare esattamente l'epoca in cui devesi cessare, in tutti i casi, l'uso del metodo antiflogistico e temperante per cominciare la medicatura tonica; questo si può piuttosto apprendere al letto degli infermi che dalla lettura dei libri.

Il vino che pei malati è un energico rimedio ed insieme un prezioso alimento, molto giova a curare la febbre tifoide adinamica, ma non conviene egualmente in tutti i casi se siavi delirio od evidenti segni di congestioni sanguigne verso la testa, devesi rinunziare all'uso di cotesto rimedio il cui effetto sarebbe di aggravare quasi inevitabilmente i detti accidenti. Negli altri casi il vino sarà generalmente utile, colla diligenza di determinare la scelta, le dosi ed il modo d'amministrarlo, ed in primo luogo, in quanto alla scelta, si vogliono preferire i vini freddi quando la malattia è pervenuta a quel punto in cui l'uso dei tonici comincia ad essere indicato; i vini di Bordeaux, e tra i vini di Borgogna quelli che non danno al capo sono allora specialmente opportuni. Quando l'adinamia si fa più grave i vini generosi dal mezzogiorno della Francia, i vini di Spagna e di Portogallo e particolarmente quelli di Malaga e di Madera vogliono essere preferiti ed amministrati insieme coi primi.

La dose di coteste vini deve variare come la loro scelta, secondo il grado a cui è arrivata la debolezza; si danno generalmente a cucchiai, una o più volte al giorno da prima, poscia coll'intervallo di alcune ore, poi ad ogni ora, ed anche più spesso se il crescere della debolezza lo rendesse necessario.

Riguardo poi al modo di amministrazione, si dà il vino mescolato alle bevande nella proporzione di un quarto, di un terzo, della metà, secondo che l'adinamia è più o meno notabile; in sì fatta maniera si amministrano specialmente i vini di Borgogna e di Bordeaux. Quanto ai vini più generosi, si danno comunalmente puri e per quanto è possibile negli intervalli delle esacerbazioni febbrili. In alcuni soggetti l'uso dei vini generosi è prestamente seguito da notabile effetto, il polso riprende vigore, il calore aumenta lievemente, la fisonomia riacquista un poco d'espressione. Giudicasi esserne necessaria nuova dose quando il malato ricade nella consueta sua debolezza. Più volte ho io spinta la dose del vino di Malaga o di Madera a ott'once (un quarto di bottiglia) nello spazio di 24 ore.

L'etere è soprattutto utile quando bisogna rianimare istantaneamente le forze; la sua azione è più spedita di quella del vino, ma è meno durevole, conviene ancora unirlo all'estratto di china nelle pozioni per renderne più facile la digestione.

Quanto poi alla canfora, noi forse non la impieghiamo che in lavativi, unita colla china quando la debolezza è grande. La chinachina e le altre sostanze amare ed aromatiche, i vini generosi, l'etere non convengono indistintamente in tutti i casi d'adinamia; un solo di questi medicinali non potrebbe supplantare tutti gli altri, nè tutti debbono essere insiememente adoperati in tutti i casi di febbre tifoide adinamica.

La chinachina usata in infusione, in decozione, e meglio ancora in macerazione acquosa è una delle migliori bevande che si possano amministrare ai malati; si indolcisce col siroppo di limone per rendene meno spiacevole il sapore. Ma questo rimedio agisce como uno dei più validi tonici soprattutto in forma d'estratto secen o molle, alla dose di una ed anche di due onco al giorno in una pozione aromatica. Alcuni medici hanno sostituito all'estratto di china il solfato di china, il quale, essendo solubile, vien preso dai malati più facilmente dell'estratto, la cui dose altresì deve essere maggiore. Ma non è a parer mio dimostrato che il solfato di chinina, il quale contiene tutto ciò che nella chinachina è di *febrifugo* o d'*antiperiodico*, contenga egualmente tutto ciò che questa droga ha in se di *tonico*, onde nonostante gl' inconvenienti d'ordine secondario che porta seco l'amministrazione degli estratti di china, e soprattutto la molta consistenza delle pozioni nelle quali entra a forti dosi, io preferisco questa preparazione di chinachina ai sali di chinina; io non ho usato questi ultimi che molto raramente, e solo in quei casi in cui i malati ricusavano assolutamente l' estratto di china e lo rigettavano per vomito. In ambedue questi casi similmente si possono sostituire alle bevande di chinachina, le infusioni di salvia, di serpentoria, di cascarilla, ec.

In tutti quei casi nei quali ordiniamo la chinachina per bocca, l' adopriamo similmente per lavativo, tanto in decozione, quanto in estratto, salvo il caso in cui l' intensità della diarrea impedisca a che si trattenga per entro all' intestino. Nel quale ultimo caso non impiegasi che per bocca, come pure amministrasi soltanto per lavativo se lo stomaco la rigetti.

Quando si mettono in pratica i tonici bisogna agire con energia proporzionata all' intensità del male; ma le regole da stabilirsi vogliono essere subordinate al sesso, all' età, alla costituzione, alle abitudini del malato e variare secondo i differenti periodi. Raramente è utile amministrare questi rimedi nel principio della malattia, ed anche durante il primo periodo non vi si devo ricorrere che con parsimonia. Ma quando si arriva verso il secondo periodo si vogliono usare con maggior fiducia ed energia.

Avanti di ricordarvi alcuni dei fatti che voi avete osservati e nei quali l' azione favorevole dei tonici ci è paruta chiaramente stabilita, ne riporteremo due osservati in tempi più remoti, ma nei quali l' efficacia della medicatura tonica è anche, se è possibile, più incontrovertibilmente dimostrata.

Un malato (ospedale della Carità, sala s. Luigi) di cui il professore Andral ha pubblicata l' istoria, presentava sintomi ben distinti di febbre tifoide adinamica. Essendo all' uso dei tonici segnita la sparizione sollecita ed assoluta dei sintomi, credetti di poterla tralasciare. Quasi immediatamente dopo questa interrozione i sintomi adinamici ritornarono colla stessa intensità; vennero nuovamente posti in uso i medesimi rimedi ed a dosi anche più forti, e tosto produssero per la seconda volta lo stesso buon effetto.

Io avrò sempre presente alla memoria il fatto di una giovine di 24 anni, ricevuta nel 1827 o 1828 nella clinica della Carità, in tale stato di adinamia che era senza moto e quasi senza voce e senza polso; la bocca era coperta di un intonaco secco e nerastro, il ventre meteorizzato, la pelle fredda e viscosa; le evacuazioni alvine erano involontarie. Io la feci involgere in flanelle calde inzuppate di vino aromatico; le prescrissi una pozione con estratto di chinachina e d'etere a forte dose, dei lavativi di chinachina e canfora e del vino di Malaga a cucchiaiate con brevi intervalli; il di lei stato era sì grave che mi pareva agonizzante: facendo queste prescrizioni io non speravo alcun successo, io credeva che la sera non sarebbe stata viva: l' indomani la trovai viva ma in stato sì disperato che pareva che non le restasse che qualche ora di vita. Continuai ciononostante l'uso dei mezzi valevoli a rianimare le forze,

a ridestare il calore, e dopo tre o quattro giorni di questa medicatura vigorosissima, tornò il calore, il polso riacquistò qualche poco di resistenza, la fisonomia qualche espressione; il miglioramento proseguì di giorno in giorno e la giovine risanò del tutto.

OSSERVAZIONE XLIV.

Dimora recente in Parigi. Cefalalgia, prostrazione, stupore crescente sotto la medicatura diluente; pneumonite. Guarigione.

Bastide, di 30 anni, fattore, che abitava in Parigi da sei mesi, di robusta costituzione e sempre in perfetta sanità, viene preso senza apprezzevoli cagioni, ai 9 dicembre 1830, da cefalalgia intensa con un poco di tosse, diarrea colliquativa e prostrazione; è obbligato a stare in letto, ma non prende alcun rimedio: viene portato all' ospedale ed è posto nella sala s. Maddalena, n.° 24, e l'indomani era nello stato seguente.

Decimo sesto giorno della malattia, decubito sul dorso; la faccia esprime abbattimento; immobilità, intelletto chiaro, senza stupore; diarrea che varia di frequenza; dolori nella regione ciecale; macchie tifoidi e rosee che sono poco apparenti sulla pelle bruna dell' infermo; tosse frequente, sonorità del petto e rantolo sibiloso in ambedue i lati, lingua rossa nella punta e verso i margini, tendente alla secchezza, vigilia. (*Salasso di ott' once, soluzione di siroppo di ribes, empiastro sull' addome.*)

Al diciassettesimo giorno, nel sangue trovasi il coagulo sodo senza cotenna, con un poco di sierosità: le forze sono nel medesimo stato; la lingua è secchissima e vi si vedono due crepature trasversali larghe e profonde; due evacuazioni liquide nel corso delle ventiquattr' ore.

Nel diciottesimo giorno, la prostrazione aumenta e vi si complica lo stupore; il malato si sforza di rispondere e brevemente alle domande che gli vengono fatte; quattro evacuazioni alvine liquide nel corso di ventiquattr'ore, pelle secca, ed urente, polso poco frequente.

Il ventesimo secondo giorno, il medesimo stato generale; la lingua secchissima è coperta, al pari dei denti, da un intonaco nerastro, evacuazioni alvine involontarie; gli spurghi sono un poco rossastri; posteriormente, in ambedue i lati del petto e internamente, rantolo crepitante con qualche bolla più grossa. (*Largo vescicante sul petto.*)

Al ventiquattresimo giorno, i medesimi sintomi persistono, ma la debolezza va aumentando; quasi non si può avere alcuna risposta dal malato il quale parla lentissimamente; gli spurghi hanno un aspetto distintissimo di ruggine.

Al ventesimosettimo giorno, le evacuazioni alvine continuano ad essere sempre liquide, e involontarie, gli spurghi sono densi, giallastri, con qualche traccia di sangue; la pelle è senza calore, il polso batte 60 volte per minuto. (*Pozione con estratto di chinachina, 5 dramme; acqua di Seltz unita con un quarto di vino; vin di Malaga un' oncia.*)

Il ventottesimo giorno, nello stato del malato si osservano poche differenze, contuttociò egli dice di stare un poco meglio.

Nel giorno ventesimo nono, il miglioramento continua, il polso batte 72 volte al minuto, ed è un poco più forte e pieno; la lingua non è più così secca, ell' è sgombra dell' intonaco nerastro che copriva la, ma resta appiccicaticcia. (La medesima prescrizione.)

Il trentesimo giorno, la fisonomia è molto migliore, pare che il malato si occupi di ciò che gli viene dimandato e risponde bene alle interrogazioni; il polso dà 92 pulsazioni; la lingua è umida benchè sia mezz'ora che non ha bevuto; una sola evacuazione alvina molle nel corso delle ventiquattr' ore; il malato voltasi liberamente nel letto, e dice di sentire che le sue forze si vanno rapidamente ristorando. (*Si smette l'uso della pozione con estratto di china e vino di Malaga; e prescriviamo acqua di Seltz con un quarto di vino; tre brodi; lavativi con infusione di camomilla; fomentazioni sull' addome con olio canforato.*)

Il trentesimo terzo giorno, lo stato del malato persiste; il polso mediocremente forte dà 80 pulsazioni; la respirazione è facile, gli spurghi sono rari e densi, il petto è sonoro nè vi si sente crepito, la lingua è asciutta e rossa nel mezzo, umida nei margini; le fessure trasversali che

vi si scorgevano quando il malato entrò nell'ospedale paiono cicatrizzate o ripiene da sangue disseccato il cui aspetto lucido presenta dell'analogia con una cicatrice; sono due o tre giorni che il malato non va del corpo; nel sacro, rosso, si vede una picciola vescichetta da cui è uscito un fluido roseo.

Nel trentesimo sesto giorno, il malato procede ottimamente, egli comprende e risponde con intendimento, benchè però lentamente; un'evacuazione alvina un poco soda nello spazio delle ventiquattr'ore, e che trattanto il malato non può ritenere. Nella parte anteriore e media del braccio sinistro si vede un furuncolo che è bernocculuto, e al di sopra una dozzina di macchie rosse con un rialzo della pelle; nel braccio destro si vede lo stesso numero di piccioli tumori, ma dei quali nessuno fa ancora un rialzo così considerabile come il furuncolo del braccio sinistro che ha più di un pollice di diametro. (*Limonata minerale due boccali; acqua di Seltz con un quarto di vino, lavativi con infusione di camomilla.*)

Nel trentesimo ottavo giorno, lo stato del malato continua a migliorare; il polso ha riacquistato la sua forza naturale e batte 70 volte, contuttociò il malato continua ad andar del corpo senza accorgersene, ma però una sola volta nello spazio di ventiquattr'ore e le materie sono figurate; il tumore del braccio sinistro ha acquistato un volume assai grosso ed è dolentissimo, gli altri sono spariti quasi del tutto; sul sacro evvi una lieve escoriazione. (La medesima prescrizione, ec.)

Al quarantunesimo giorno, il malato può chiedere il vaso da notte per andar del corpo, cosa che gli accade di rado; la lingua è del tutto umida, le crepature trasversali sono appena visibili; l'ascesso del braccio sinistro è aperto e somministra un buon cucchiaio da caffè di pus mescolato a sangue (*Vino di Madera quattr' once, il quarto di vitto*).

Nei giorni seguenti il miglioramento progredisce; le forze si ristorano, ma però lentamente; viene diminuita la quantità del vino di Madera nel cinquantesimo giorno della malattia; nel cinquantesimo terzo giorno il malato si leva per la prima volta per strascinarsi presso la stufa. Per qualche tempo lagnasi di dolori nel tegumenti della testa, ed esce tuttora debole, ai 26 febbraio 1831, dopo essere stato nell'ospedale più di due mesi.

L'andamento che ha tenuto la malattia è notabile; nessuno dei sintomi in particolare ha offerto grande intensità; la reazione febbrile era poco considerabile; il soggetto era di robusta costituzione e mai era stato malato, e contuttociò avea sofferto tale indebolimento che non gli venne fatto di ritenere le materie stercoracee, quantunque fossero molli e scarse, che venti giorni dopo che la sua condizione aveva incominciato a farsi migliore.

Se in questo caso si volesse attribuire il miglioramento sopravvenuto sotto l'influenza della medicatura tonica al poco sviluppamento che sembrava che in questo soggetto avessero le lesioni locali, faremmo avvertire in primo luogo, che spessissimo, nell'affezione tifoide i sintomi generali non sono in proporzione colle lesioni anatomiche, ed in secondo luogo, che la pneumonite che occupava la base di ambedue i polmoni e non aveva fatto che crescere sotto l'influenza dei diluenti e del vescicante, aveva peraltro declinato notabilmente, ma poco a poco, sotto quella dei tonici che cambiarono l'aspetto del malato con tale prestezza che pare difficile il non scorgere qui l'efficacia della loro azione.

OSSERVAZIONE XLV.

Cefalalgia, prostrazione, stupore, macchie tifoidi; larghe escare sul sacro e sulle anche. I sintomi si vanno aggravando sotto l'influenza delle bevande diluenti e clorurate; miglioramento rapido sotto l'uso dei tonici.

Certo Nicolas, nell'età di 19 anni, sarto, che erano sette mesi dacchè abitava in Parigi, venne preso ai 3 di marzo 1831, senza cagione per lui apprezzevole, da cefalalgia con febbre forte, un poco di tosse e debolezza grande. È obbligato a stare in riposo, ed entra ai 7 marzo, nella sala s. Maddalena, n.° 25, nello stato seguente.

Il quinto giorno, prostrazione notabile con un poco di stupore, ed un lieve gra-

do di sordità; contuttociò il malato risponde con intendimento alle domande che gli vengono fatte; da ieri in poi vi è stato un poco di diarrea con qualche colica; il polso è pieno e forte. (*Solasao di ott' once; acqua di riso, siroppo di gomma; lavativo di acqua di semi di lino*).

Nei giorni seguenti, il malato resta presso a poco nel medesimo stato, ma con aggravamento dei sintomi.

Nel trdicesimo giorno, lo stupore e la sordità sono notabilissimi, la debolezza muscolare estrema; la diarrea continua frequente e la maggior parte delle evacuazioni alvine sono involontarie; la lingua è secchissima ed un poco fuligginosa; nell'addome, lievemente meteorizzato, si osservano, per la prima volta, alcune macchie tifoidi, e la regione cecale è sede di un dolore spontaneo che aumenta comprimendo. (*Acqua di riso, siroppo di gomma col cloruro di soda un denaro; lavativo d'acqua di semi di lino con cloruro un denaro*).

Dal diciottesimo al diciannovesimo giorno, il malato viene preso da delirio con accrescimento di tutti i sintomi, ed a cui succede un assopimento quasi continuo con traspirazione ed apparizione di bollicine acquose in molto numero sul petto, sul collo e sulle braccia; il polso dà 88 pulsazioni; le evacuazioni alvine, che sono poco frequenti, sono per lo più involontarie; la quantità del cloruro viene raddoppiata, ma senza miglioramento alcuno; al contrario il delirio torna più volte; il polso s'indebolisce e si fa lento; la sordità diviene completa, le evacuazioni alvine divengono frequentissime e continuamente involontarie, il malato molto dismagra; sul sacro è un escara larga, ed una sopra ciascun' anca; l'infermo è in istato d'estrema debolezza; il polso è picciolo e fiacco. In sì fatto stato si cessa, al ventottesimo giorne, l' uso dei cloruri. (*Pozione con estratto di china una dramma; vino di malaga un' oncio; lavativo*).

Nel trentesimo giorno, il malato sta un poco meglio; la sordità è minore; sospensione della diarrea. Nel trentunesimo giorno, lamentasi della gola e degli orecchi, è un po' meno debole, ed è un poco diminuito lo stupore. Alle precedenti prescrizioni si aggiunge un poco di gelatina. Nel trentesimo secondo giorno la lingua è un poco più umida; il polso rianimato dà 84 pulsazioni. Ciò che maggiormente incomoda il malato si è la necessità in cui trovasi di stare costantemente giaciuto sul ventre, non potendo stare sul dorso, nè sui fianchi. Gli viene ordinato il mezzo quarto di vitto e poco a poco le forze si ristorano. Contuttociò, solo dopo il cinquantesimo giorno della malattia era cicatrizzata la prima escara, quella cioè del sacro, le altre due non lo erano ancora. A quest'epoca il malato mangiava tre quarti di vitto e restava coraggiosamente giaciuto sul ventre, e non può uscire dell'ospedale che nei primi giorni di giugno dopo esservi stato più di tre mesi.

Nel soggetto di questa osservazione troviamo i segni di un'alterazione intestinale molto più grave della precedente, e contuttociò in esso l'effetto dei tonici non fù nè meno sollecito, nè meno notabile, e similmente la sospensione della diarrea fu il primo segno di miglioramento. Se i tonici producessero l'effetto irritante che si vuole supporre, benchè valessero a rianimare le forze del malato, avrebbero dovuto aggravare i sintomi procedenti dal tubo digestivo.

La rapidità colla quale sonosi manifestati gli effetti della medicatura tonica, e la costanza con cui si sono mantenuti nonostante l'influenza debilitante che le tre escare dovevano esercitare sullo stato generale del malato, non permettono di dubitare della loro azione in questo caso, nè d'attribuire il miglioramento sopravvenuto al corso semplice dell'affezione. Il malato era ridotto a tal grado di debolezza che non potevasi più sperare che ne risorgesse se non venivano adoprati a tempo opportuni ed energici rimedi.

L'amministrazione dei tonici non sempre è così facile come potrebbesi credere. Non sempre si può determinare esattamente, ed alla prima il grado di energia che si deve usare nell' amministrarli: in dose troppo picciola sarebbero poco utili, in dose troppo forte potrebbero nuocere. La seguente osservazione ci somministrerà un esempio di questi tentativi che non possono portare gravi danni quando sono fatti con prudenza, ma che sono indispensabili in alcuni casi.

OSSERVAZIONE XLVI.

Dimora recente in Parigi. Cefalalgia, diarrea, macchie rosae lenticolari, prostrazione e stupore; evacuazioni involontarie, sussulti di tendini; miglioramento prodotto dall'uso dei tonici, diminuzione della quantità di questi ultimi; ritorno degli accidenti i quali spariscono quando si aumenta la dose dei tonici.

Certo Chevallier, nel ventesimo secondo anno dell' età, manisesloo e che erano sette settimane dacchè abitava in Parigi, mai era stato malato. Arrivando a Parigi, ebbe la diarrea pel corso di otto giorni; siccome non trovava da lavorare però vivea inquieto; il che peraltro non alterò la sua salute, continuò a nutrirsi bene, e stava ottimamente quando nella notte del 5 al 6 febbraio 1831, dormì male; destandosi, cefalalgia, disappetenza, debolezza grandissima ed alcuni dolori nell'addome; è obbligato a restarsi in letto. All'indomani alcune nausee. Nei giorni 8 e 9, il malato continua a restare in letto; i sintomi aggravano. Ai 24 febbraio è ricoverato nella sala s. Maddalena, n.° 32, non essendogli stato apprestato alcun rimedio, se non che era stato in riposo ed avea bevuto del vino caldo zuccherato nel primo e secondo giorno della malattia, e dell' acqua zuccherata negli altri giorni.

Al diciottesimo giorno, prostrazione ed immobilità dei lineamenti; vertigini quando il malato vuol mettersi seduto sul letto, forte cefalalgia; sete ardente, bocca cattiva, la lingua larga, assai grossa, rossa nei margini, alquanto bianca e poco umida; l'addome comprimendolo, è un poco dolente quasi in tutta la sua estensione; evacuazioni alvine scarse e sode per tutto il corso della malattia; il polso è largo, pieno, assai resistente, la pelle è calda, senza notabile aridità. (*Salasso di dodici once, soluzione di siroppo di ribes, lavativo.*)

Nel ventesimo giorno, il malato non sta punto meglio; la prostrazione è maggiore, il polso è più frequente, meno sviluppato; la cefalalgia è alquanto diminuita.

Nel giorno ventunesimo, alcune evacuazioni alvine liquide per la prima volta. Sulla regione dello stomaco si vedono più macchie tifoidi che aumentano di numero nei giorni appresso.

Al ventinovesimo giorno la prostrazione e lo stupore sono notabilissimi, a stento si possono far pronunziare alcune parole al malato; l' eruzione tifoide apparisce numerosissima sulle braccia, sulle gambe, sulle cosce, sull' addome e sul petto; le evacuazioni divengono involontarie, tre o quattro per giorno; la lingua si fa secca in parte, conservando ciononondimeno dell' umidità.

Dal trentesimo al trentaquattresimo giorno, la debolezza era estrema: il malato delirava a momenti, mandando di tempo in tempo lamentevoli grida; vi erano sussulti di tendini quasi continui; il polso era picciolo e frequente. (*Pozione con estratto di chinachina due once, decozione di chinachina per bevanda, lavativo di chinachina*).

Al trentesimo sesto giorno, i gemiti sono molto più rari; non vi sono più sussulti di tendini, nè delirio; l'infermo è in calma, le evacuazioni continuano involontarie, benchè rare, la lingua è un poco più umida.

Nel trentottesimo giorno, le evacuazioni alvine non sono più involontarie; due soltanto nello spazio delle ventiquattr' ore, il polso è più pieno, più forte; l' addome comprimendolo è più dolente. Viene scemata della metà la chinachina prescritta ciascun giorno al malato e che egli avea continuato a prendere regolarmente.

Il trentanovesimo giorno, l' infermo è ricaduto nello stato in cui era nel giorno trentesimoquarto, egli manda continui gemiti e si sente debolissimo, il polso è picciolo e frequente. Noi riportiamo la chinachina alla dose di prima ed inoltre prescriviamo dell' acqua di Seltz col quarto di vino. Nel giorno medesimo l' infermo patisce qualche vomito, a motivo del disgusto che li cagionano le preparazioni di chinachina, ma il miglioramento si fa palese nell'indomani; nell'infermo notasi un'allegria assai vivace la quale poi perde quando entra in una schietta convalescenza, durante la quale è considerabilmente dimagrato, essendo la convalescenza stata lunghissima, imperocchè al

sessantesimo secondo giorno non prendeva che due soli brodi.

I vomiti non sono stati per noi, in questo caso, un motivo di sospendere l'amministrazione dei tonici, ed il malato è pure ad ogni modo entrato in legittima convalescenza, ma con questa particolarità che la diarrea, la quale non erasi manifestata che dopo il ventesimo giorno, nel restante del tempo che durò la malattia non fu mai fortissima, continuò per tutto il tempo della convalescenza e con maggiore intensità che durante la malattia. Da questo fatto concluderemo non essere stata la diarrea, nel soggetto in discorso, la causa dell'adinamia avendola quest' ultima preceduta di più giorni ed essendo sparita molto tempo avanti che le diarrea fosse pervenuta al suo massimo gradu d' intensità.

Quanto all'azione dei tonici, ell'è ancora stata evidente in questo caso il quale ci dimostra inoltre la necessità di non si spaventare per un lieve dolore dell' addome o per qualche vomito che sopravvenga durante l'amministrazione dei medesimi.

Dopo aver passate in esame le indicazioni che emergono dalle differenti forme della malattia tifoide, ci resta a discorrere alcune medicature che possono essere praticate quasi indifferentemente in queste diverse forme e delle quali fino a qui non si è potuto parlare che sommariamente.

I *rivulsivi* non tutti vengono indifferentemente impiegati in tutti i periodi dell' affezione tifoide: gli uni, come i pediluvi semplici o resi più forti colla farina di senapa, gli empiastri caldi senapati possono essere vantaggiosamente adoperati nel primo periudo allorchè, per esempio, la cefalalgia è molto intensa o pare che vadasi facendo una congestione verso il cervelto; alla medesima epoca si possono eziandio applicare i senapismi quando il delirio è acuto. Ma i senapismi ed i vescicanti sono il più comunemente impiegati nel secondo o terzo periodo, tantu per rinvigorire le forze, quanto per frenare alcuni gravi sintomi o qualche complicazione. Contuttociò i pratici non sono d'accordo sull' opportunità di questi rimedi nelle due circostanze che abbiamo dette.

Quindi l' utilità dei vescicanti è contrastata come mezzo destinato a rianimare le forze; imperocchè, oltre il non produrre essi che un effetto di corta durata e che non si può rinnuovare a piacimento, spesso ancora costituiscono una grave complicazione per le esulcerazioni che succedono loro frequentemente in alcuni soggetti attaccati da febbre tifoide. Onde molti pratici hanno quasi del tutto rinunziato ai rivulsivi che producono piaghe, e preferiscono comunalmente i senapismi; ma quando si adopra la senapa o gli empiastri senapati non si vogliono tenere applicati al di là dei venti minuti, imperocchè le esulcerazioni che producono sono difficili a guarire, e si avrà cura, dopo averli levati, di spalmare con olio la parte sulla quale erano attaccati.

Alla cura razionale medesimamente si vogliono riferire alcuni altri rimedi la cui azione si fa specialmente sentire sulla pelle, la quale offre per lo più, durante l' affezione tifoide, un calore secco ed acre. Vogliamo dire dei bagni, delle affusioni calde e fredde, delle lavande, della frizioni ec.

I quali rimedi non solamente sono utili a riparare all' aridità dei tegumenti, ma si ha ancora in mira un' azione universale e specialmente diretta sul sistema nervoso il quale è sì profondamente alterato nell' affezione tifoide. Si può ancora, agendo sulla vasta superficie dei tegumenti, indurre forte rivulsione ed attirare verso la periferia il sangue che sempre tende a portarsi verso l' interno ed a formarvi congestioni alcuna volta più funeste della malattia medesima. Soventemente accade di vedere il malato al quale si ordinò il bagno tiepido, uscirne dopo quindici o venti minuti con notabile miglioramento, ma che, nella maggior parte dei casi, non tarda a dileguarsi. L' acqua fredda o tiepida per affusione su tutto il corpo e specialmente sulla testa, modera il calore e dà alla pelle una morbidezza che conserva per alcun tempo; non di rado accade che sopravvenga immediatamente una traspirazione o soltanto un dolce madore della pelle, in soggetti in cui da lungo tempo mancava. Comprendesi che questi mezzi impiegati con perseveranza possono avere una influenza favorevole sull' esito della malattia.

SEZIONE VI.

ACCIDENTI E COMPLICAZIONI.

E' vi sono alcuni particolari fenomeni che esigono od una modificazione nella medicatura generale od una medicatura del tutto speciale. Noi prendiamo ad accennarli brevemente.

1.° *Emorragie.* L'epistassi e l'emorragia intestinale, siccome abbiamo veduto, sono le sole che si osservino nella malattia tifoide. Le epistassi quasi mai sono abbondanti al segno da mettere in pericolo la vita del malato. Siccome per lo più esse hanno luogo nel primo periodo o al principio del secondo, in un'epoca in cui il salasso viene praticato con giovamento, ed in cui la debolezza non è ancora grande, non esigono alcuna modificazione nella medicatura. Tuttavolta, se l'abbondanza, se il prolungarsi od il frequente rinnuovarsi dell'emorragia inducessero indebolimento assai considerabile perchè ne risultasse qualche inconveniente, dovrebbesi cercare di arrestare il sangue rinfrescando l'aria che il malato respira, facendo aspirare acqua fredda per le narici, facendo allacciature sulle membra; dovrebbesi eziandio ricorrere al tappamento delle fosse nasali se il caso lo richiedesse.

L'emorragia intestinale, che porta seco maggior gravezza a motivo dell'epoca in cui avviene e della quantità di sangue che va perduto, esige tanto più grande attenzione in quanto la morte può essere l'effetto della perdita del sangue. Benchè in alcuni casi in cui quest'emorragia è stata moderata sia stata seguita da miglioramento al quale è paruto che ella avesse una qualche parte, contuttociò vuolsi sempre considerare siccome un fenomeno grave, e bisogna porvi riparo quando è un poco considerabile, con allontanare le cagioni valevoli a mantenerla, e quando è abbondante coi più attivi rimedi, come l'acqua fredda e anche il ghiaccio in bevanda, in lavativo ed applicando l'una e l'altra sul ventre, colle limonate e coll'estratto di ratania.

2.° Le escare costituiscono un accidente al grave, che non sarà mai assai la diligenza che si userà a impedirne la formazione, e quando sono formate, a procurarne la guarigione. Per preservare i malati da sì temibile accidente, bisogna, prima di tutto, aver continua diligenza di mutarli di positura. Il medico deve dunque, quando la malattia ha già durato qualche tempo, informarsi o esaminare da se medesimo se le parti che abitualmente sopportano il peso del corpo, soprattutto il sacro e le anche, presentino quel rossore che precede, nella maggior parte dei casi, la mortificazione. Si dovrà allora ordinare assolutamente al malato che eviti di giacere sopra tal parte; se il fatto rossore si osservi sul sacro, l'infermo dovrà star giaciuto ora su di un lato ora sull'altro, od eziandio sul ventre, per quanto coteste posizioni siano incomode.

Questa indicazione sarà anche più precisa quando l'escara sarà formata. Allora si dovrà coprire col diachilone gommoso ed anche medicarla con unguento madre, quando sembrerà poco disposta a staccarsi. La medicatura della piaga che succede alla caduta dell'escara non differisce da quella delle piaghe ordinarie, vale a dire che medicasi con fila e col cerato semplice fino a che non sopravvenga contriudicazione. Se la piaga prende un aspetto pallido, se invece di tendere alla cicatrizzazione, resti stazionaria, si farà alla sua superficie qualche lavanda stimolante e si medicherà coll'unguento storace. Ciò che qui diciamo della medicatura delle piaghe che succedono alle escare è da dirsi egualmente di quella dei vescicanti esulcerati.

Tutte quelle cure di nettezza che abbiamo calorosamente consigliate sono in questa circostanza richieste anche con maggiore premura che in tutto il resto del corso della malattia. E qui non possiamo tralasciare di fare le meritate lodi alle suore spedaliere dell'Hotel-Dieu per le diligenze che usano a quei malati ai quali sopravviene questo grave accidente. Dobbiamo dire che i più di quelli che guariscono nelle nostre sale dopo formatesi queste esulcerazioni, debbono la conservazione della loro vita alle grandi cure che quelle suore gli apprestano. Chi ha veduto fare ad esse medesime queste medicature sì frequentemente ripetute, chi è stato testimonio della sollecitudine che esse mettono in sì penose occupazioni, e diremo anche ributtanti pel loro sesso e la loro professione religiosa, dell'attenzio-

ri che elleno hanno pei *gravi malati*, per quegli sfortunati che non ostante i più opportuni rimedi sarebbero destinati, senza coteste continue cure, a morte quasi certa, non può che ammirare insieme con tutti gli amici dell'umanità, il loro generoso zelo.

Un medico inglese, il dottor Arnott, ha in questi nostri tempi proposto di impiegare, nelle circostanze ora ricordate, un letto che ha chiamato idrostatico, e che ha il vantaggio di ripartire tutto il peso del corpo sopra una larghissima superficie; ma noi non crediamo che la prova di cotesto letto sia stata fatta in assai considerabil numero di casi per poter decidere della sua utilità. (1)

Complicazione.

Le flemmazie che si mostrano nel primo periodo dell'affezione tifoide e da più forte ragione nel suo principiare, non ne aumentano molto la gravezza e non esigono altra modificazione di cura tranne il più largo e più prolungato uso degli antiflogistici e massimamente del salasso. Succede altrimenti quando queste infiammazioni non si accendono che ad un'epoca avanzata della malattia, per esempio, nel terzo periodo, od anche nella convalescenza: allora, richiedendo l'universale stato del malato una medicatura tonica, ed essendovi un' affezione locale che sembra che non si possa curare che col metodo debilitante, è difficile dire in qual modo il medico debba adoperare, ed i più accostumati pratici si trovano alcuna volta imbarazzati.

Se allora lo stato del malato fosse tale da praticare i salassi, vi si dovrebbe ricorrere con tutta la circonspezione convenevole, preferire ai salassi generali le cavate di sangue locali e particolarmente le coppe scarificate in grazia del doppio effetto che producono. Quando, al contrario, come il più spesso accade, l'adinamia è assai forte da non potere effettuare senza pericolo coteste evacuazioni, il medico dovrà intieramente astenersene, seguitare l'indicazione generale, continuare l'amministrazione dei tonici, e combattere l'affezione locale con qualche rivulsivo applicato più o meno distante dall'organo malato. Onde in un caso di pneumonite lobulare, applicati sulle pareti del petto un cerotto rubefaciente, o meglio un vescicante. In un caso di erisipela nella faccia si applicano revulsivi su più lontani organi, si attira il sangue verso i piedi tanto per mezzo di senapismi quanto con flanelle caldissime involte di taffetà gommoso.

L'innocuità della medicatura tonica sopra una flemmazia del polmone non deve recarci maggior maraviglia della guarigione delle ulcere intestinali, sotto l'influenza della stessa medicatura. Abbiamo trovato nei sogetti delle osservazioni XII e XXXVII, cha sono morti dopo aver ad essi apprestata per più o men lungo tempo la medicatura tonica, le ulcere degl' intestini cicatrizzate; perchè dunque dovrebbe accadere altrimenti delle flemmazie che sopravvengono durante il corso della malattia tifoide?

Perforamento intestinale. Quest'accidente è pel malato il più funesto, ed il più grave pel medico che chiaramente conosce la cagione ed il pericolo del male e che non ha rimedio da opporre. La medicatura che impiegasi con riuscimento nelle comuni infiammazioni qui è inattiva per ciò che, in questa circostanza, la malattia consiste nello stravasamento per entro al peritoneo delle materie intestinali, e perciocchè l'infiammazione che ne è la conseguenza non può cedere, mentre la causa che l' ha prodotta tende continuamente a mantenerla e ad aumentarla.

In quei casi nei quali simili perforamenti sono avvenuti nelle nostre sale, noi abbiamo avuto ricorso, come mezzi speciali ed in mancanza di migliori, all' immobilità intiera del corpo e la cessazione dal prendere qual sisia bevanda, solo permettendo ai malati di succhiare qualche poco d'arancia, e di tenere dell'acqua fresca in bocca. Allontanando a questa guisa le due condizioni le più valevoli ad aumentare l'effusione, avevamo la speranza di allentare il corso della malattia e di favorire la formazione delle aderenze intorno al punto forato. In nessun caso questi spedienti hanno avuto buon riuscimento, e quando ci incontreremo ad osservare un simile accidente noi ricorreremo senza indugio a mettere in pratica

(1) *Gazzetta medica vol.* 3. *Anno* 1812 *p.* 720.

con energia il mezzo che due medici irlandesi, il professore Graves ed il dottor Stokes, hanno sperimentato con qualche vantaggio l' oppio a dose fortissima.

Il dottor Graves a cui primo venne in mente il pensiero di praticare questa medicatura nella curazione della peritonite prodotta da perforamento, fuvvi indotto per una serie di fatti i quali, benchè di natura differente da quelli che noi qui discorriamo, non sono però meno interessanti. Prendiamo a ricordarli brevemente.

Chiamato il dottor Graves a visitare una donna idropica la quale era stata presa da violenta peritonite di seguito all'operazione della paracentesi, trovolla sì debole, sì sfinita, che era chiaramente impossibile ricorrere al salasso. Egli ordinò una forte dose d'oppio col fine di arrestare il vomito; la malata dormì alcune ore ed al suo destarsi si osservò notabile miglioramento; altra dose d'oppio produsse i medesimi buoni effetti, e sotto l'influenza di questa sola medicatura la donna guarì perfettamente (1).

Il secondo soggetto fù una donna la quale era stata ricoverata nell'ospedale Meath per un ascesso del fegato. Venne praticata un'incisione per dare esito al pus che, invece di uscire per la ferita, si effuse nel peritoneo ed indusse immediatamente una violenta peritonite. La malata non venne salassata, non vennero attaccate mignatte; ella fu medicata con forti dosi d'oppio, vennero applicati i vescicanti ed aspersi di morfina, e fu prescritto il regime corroborante, (vino e porter). I sintomi della peritonite sparirono del tutto, ed essendo la malata morta un mese dopo pel progredire della malattia del fegato, l'apertura del cadavere confermò intieramente la diagnosi che era stata fatta.

La terza osservazione di peritonite curata coll'oppio a forte dose appartiene al dottore Stokes e riguarda un caso di perforamento intestinale.

Il soggetto era un fanciullo di dodici anni, il quale apparentemente presentava tutti i sintomi dell'enterite. Pervenuto al decimo giorno della malattia, si osservò in lui grande abbattimento, la fisonomia era scomposta, il polso vivace ed intermittente, e tutto l'addome eccessivamente doloroso. Seguivano frequenti vomiti, ed eravi diarrea con tenesmo. Il ventre venne coperto di mignatte, ed il malato messo nel bagno caldo. All'indomani il polso era più forte; fù fatto un salasso nel quale non formossi cotenna. Venne quel giorno medesimo ricevuto nell'ospedale con fisonumia scomposta, espressione di grande ansia e di aspro patimento.

Le estremità erano fredde ed il polso sentivasi appena, la respirazione celerissima, il ventre enorme e sensibilissimo, il tenesmo costante.

Il dottore Stokes giudicò convenevole di amministrare l'oppio a forte dose, e lo prescrisse sotto forma di gocce nere (Black drops) di due in due ore; vi aggiunse le unzioni mercuriali sul ventre. All'indomani fù osservato notabile miglioramento, il polso era pieno e molle, le estremità erano calde, la faccia aveva perduta l'espressione ippocratica, il malato sopportava la compressione sull'addome, era cessato il tenesmo. Questo ragazzo che, il giorno innanzi, era quasi insensibile a tutte le esterne sensazioni, esprimeva contentezza, e mostrava di aver fiducia di guarire. La medesima cura venne continuata per altri due giorni ed allora tutti i sintomi della peritonite si erano del tutto dileguati. Ma siccome fu creduto che la stitichezza potesse turnarli nociva, sia errore, o sia piuttosto, come dice con schietto candore il dottore Stokes medesimo, per la consuetudine dei medici inglesi di tenere costantemente libero il ventre dei loro malati, venne data al fanciullo una piccola dose di sale de la Rochelle che produsse tre o quattro egestioni, ed al tempo medesimo fù ripreso da tutti i sintomi della peritonite di cui prestamente morì. Aperto il cadavere, fu trovato il perforamento del cieco.

Soggetto del quarto fatto è un malato il quale, dopo aver preso una forte dose di sale di Glaubero, ebbe una diarrea considerabile ed in seguito presentò tutt'ad un tratto tutti i sintomi d'acutissima peritonite. Ricevuto nell'ospedale, venne medicato coll'oppio a forti dosi e frequentemente ripetute, e senza pro-

(1) *Lezioni cliniche del dottore Stokes.*

vare il minimo sintomo di narcotismo. Lo stesso metodo fù continuato, ma scemando in ciascun giorno la quantità dell'oppio, fino al decimo giorno in cui la convalescenza era del tutto stabilita. In quello spazio di tempo il malato prese per lo meno cento ottantaquattro grani d'oppio.

I medici che hanno praticata sì fatta medicatura, furonvi indotti dalla cognizione dei fenomeni che succedono al perforamento.

Uno dei primi effetti di qualunque acuta infiammazione del peritoneo si è l'esalazione di una certa quantità di linfa plastica che forma le aderenze. Queste ultime, in quei casi in cui la peritonite è generale, sono sì numerose che pare a prima vista che gl'intestini non formino che una massa. È dunque possibile, nel caso di perforamento, che la porzione di peritoneo che circonda l'ulcera contragga rapidamente delle aderenze che circonscrivano l'effusione delle materie intestinali e mettano così dei limiti all' estensione della peritonite; ma queste aderenze essendo per la loro mollezza ed in grazia della loro formazione recente troppo deboli per resistere ai movimenti da cui sono agitati gl'intestini, debbono facilmente rompersi e permettere l'effusione di una certa quantità di materie per entro al peritoneo; questo è quanto deve essere accaduto al soggetto della penultima osservazione nel quale pareva che tutti i sintomi della peritonite si fussero dileguati, quando l'intempestivo uso del sale de La Rochelle riprodusse immediatamente tutti gli accidenti.

La prima condizione di successo nella cura della peritonite risultante da perforamento intestinale, è dunque l'assoluta immobilità dell'intestino, ed a produrre cotest'effetto non può esservi più opportuno e più acconcio medicamento dell'oppio il quale calma i dolori della peritonite, sospende i movimenti peristaltici del tubo digestivo, rallenta, se non arrasta intieramente il corso delle materie intestinali, e dà agio alle aderenze formate intorno al perforamento intestinale d'acquistare sufficiente solidità per resistere ai movimenti dell'intestino ed all'azione diretta delle materie intestinali già effuse e sopra le quali comprimono quelle che sono tuttora per entro agl'intestini. La medicatura vuol esser prolungata, non solamente fino a che tutti i sintomi della peritonite siansi affatto dileguati, ma anche per assai lungo tempo tanto da potere aver la certezza che le aderenze abbiano acquistato quel grado di consistenza che mette in sicuro da qualunque distaccamento. Pochi inconvenienti si possono incorrere prolungando la medicatura oltre il termine necessario. Sarebbe, come si è veduto, gravissimo pericolo interrompendola innanzi tempo.

È appena necessario l'aggiungere che impiegando l'oppio devesi, come il solo buon senso suggerisce, procurare che il malato stia per il maggiore spazio di tempo possibile senza prendere alcuna specie di bevanda, proscrivere anche i lavativi, e raccomandare assoluta immobilità.

Il dottore Stokes racconta essere stata questa medicatura praticata più volte nell'ospedale Stephens in casi di perforamento intestinale prodotti da esterne cagioni e che non è stata efficace che in un solo soggetto. Egli attribuisce la rarità del successo, in sì fatti casi, alla larghezza del perforamento che è ordinariamente molto più considerabile che nei perforamenti spontanei.

SEZIONE VII.

MEDICATURA NEL TEMPO DELLA CONVALESCENZA.

L'affezione tifoide è una di quelle malattie la cui convalescenza è più lunga e più difficile a regolarsi. È nel tubo digestivo che si trovano le più gravi alterazioni, ed è ben dimostrato da alcune aperture di soggetti morti nella convalescenza, che il malato credesi fuori di pericolo e vuol mangiare molto tempo innanzi che le esulcerazioni siano del tutto cicatrizzate. Se è cosa importante il non prolungare l' astinenza oltre il tempo necessario, non meno importante si è il non accordare ai convalescienti che quegli alimenti che possono facilmente digerire.

Fino a tanto che la pelle conserva del calore, le bevande appropriate alla forma ed al periodo della malattia debbono bastare come quella specie di alimento di cui il malato bisogna; ma quando il ca-

lore essa, si può, se la bocca sia del tutto umida, anche quando il polso conservasse qualche frequenza, accordare qualche alimento liquido, come i brodi di vitello o di pollo, l'acqua con latte, da primo alla dose di alcuni cucchiai; se questi primi alimenti vengano ben digeriti, se ne aumenta poco a poco la quantità, si diminuisce la proporzione dell'acqua che ne fa parte, vi si aggiunge qualche fecola, e così si arriva poco a poco con maggiore o minor prestezza secondo i casi, agli alimenti solidi.

Quando l'appetito torna lentamente ed i soggetti sono debolissimi, si fa ad essi continuare o cominciare l'uso delle bevande amare, come l'infusione di cicoria silvestre, di centaurea minore, di china, per quanto tempo la disappetenza e la debolezza l'esigeranno.

L'abitare in campagna sollecita singolarmente il ristabilimento dei convalescenti, e questa iginica condizione non vuole essere trascurata quando nulla vi si opponga.

PARAGRAFO II. (1)

DELLA MEDICATURA COI CLORURI.

Non avendo i fatti ebe dimostrato pur troppo l'impotenza dei diversi mezzi teorici nella curazione della febbre tifoide, ed il metodo razionale stesso essendo insufficente in una certa porzione dei casi, dovevasi restare sempre nella via calcata o cercare contro al terribile malattia un rimedio più efficace di quelli che fino a qui sono stati posti in opera?

Nessuno è di me più convinto di tutti gl'inconvenienti e di tutti i pericoli dei tentativi terapeutici, e della circospezione che il medico deve usare in ricerche di questo genere. Insieme a che il desiderio di giovare tende a condurlo sulla via dell'esperimento, il timore di nuocere deve sempre esserli presente e per lo più arrestarlo. Onde tutte le volte che l'esperienza, che è in qualche maniera l'epilogo degli sperimenti e delle osservazioni di tutti i luoghi e di tutti i tempi, avrà dimostrata l'utilità di un metodo di cura, dovremo non abbandonare quei rimedi terapeutici ai quali ella ha posta la sanzione per adottare quei rimedi che tutto giorno con tanta leggierezza sono annunziati e troppo spesso ricevuti con deplorabile credulità. D'altra parte, se indistintamente ed in tutti i casi, il medico temesse di sperimentare, la sua pusillanimità metterebbe indefinitamente ostacolo ai progressi dell'arte e diverrebbe altrettanto e forse più pregiudicevole all'umanità dei più temerari esperimenti. In un certo numero di malattie, l'impotenza conosciuta dell'arte mostra il bisogno di novelle prove, le quali, anche quando sono infruttuose, possono apportare onore al medico che le tenta, se sa usare nell'amministrazione dei rimedi la convenevole prudenza, nell'osservazione dei fatti l'attenzione e l'indipendenza necessaria, e nelle conclusioni che ne deduce quella castigatezza e severità che si richiede nella ricerca del vero. Evvi tal caso in cui il medico è colpevole se non sperimenti un rimedio diverso da quelli che sono stati provati prima di lui; nella rabbia, per esempio, in cui tutti i rimedi fino a qui posti in opera sono sempre tornati vani, non è egli nella imperiosa necessità di cercare qualche indicazione nuova, qualche rimedio differente da quelli la cui impotenza è dimostrata? In altre malattie l'esperimento, senza essere così chiaramente imposto al medico, è pur sempre un dovere per lui: tali sono la maggior parte delle alterazioni dette organiche, generalmente conosciute per malattie incurabili; tali sono parimente più altre affezioni tanto acute, quanto croniche, nelle quali l'azione dei rimedi generalmente usati è oscura o debole e la cui curazione lascia ancor molto a desiderare tanto per abbreviarne la durata, quanto per prevenirne il funesto termine, od almeno per renderlo più raro: la febbre tifoide appartiene a quest'ultima serie.

Più circostanze concorrono qui ad indurre ed a mantenere il medico nella via ardita dello sperimento. E in primo luogo, la sproporzione che soventemente esiste tra la gravezza del male e l'importanza delle alterazioni anatomiche induce a presumere che, in un certo numero di casi in cui la morte ha avuto luogo, ella non

(1) *Questo paragrafo e l'articolo seguente appartengono intieramente al professore Chomel.*

fosse inevitabile; in secondo luogo essendo stati posti in pratica contro la febbre tifoide i più opposti rimedi da medici di diverse scuole, e da alcuni indistintamente in tutti i soggetti ed in tutti i periodi della malattia, senza differenze molto notabili di mortalità, ne seguita per una parte, che è impossibile di non avere dubbi molto legittimi intorno all'efficacia di cotesti metodi (1), e che, per l'altra, la loro innocuità deve rassicurare il medico che si darà colla convenevole prudenza a far nuovi sperimenti.

Tali sono i motivi che mi hanno indotto, da un certo numero di anni a questa parte, a tentare nella curazione della malattia tifoide qualche rimedio diverso da quelli che solitamente vengono adoperati. In primo luogo, abbiamo impiegato, come si è veduto altrove, l'acqua carica di acido carbonico, in bevanda ed in lavativo, e dopo avere ottenuto nel primo anno alcuni successi che non hanno continuato nel secondo, abbiamo cominciato a far uso dei cloruri sulla proposizione che, nel 1831, ce ne venne fatta da un medico giovine che allora frequentava le nostre lezioni cliniche nell' Hotel-Dieu. Noi abbiamo tanto meno esitato a tentare questo rimedio, in quanto esso non escludeva alcuno dei rimedi razionali generalmente impiegati, come il salasso, in principio, i tonici, ad un'epoca avanzata e quando l'adinamia li esige; era un rimedio aggiunto alla medicatura ordinaria piuttosto che una medicatura nuova.

Tra i cloruri abbiamo scelto quello di soda, che è il più comunalmente impiegato in medicina; l'abbiamo prescritto in soluzione in una bevanda che non fosse punto acida, e per lo più in una semplice soluzione di siroppo di gomma.

Per determinare la dose alla quale cotesto cloruro doveva essere amministrato abbiamo fatto sciogliere proporzioni diverse di cloruro nel veicolo detto, le abbiamo assaggiate, abbiamo trovato che un grano o un grano e mezzo di cloruro in un' oncia di veicolo dava un sapore distintissimo, ma sopportabile. Per alcuni soggetti ai quali il sapore nauseante incitava il vomito o la voglia di vomitare, abbiamo sostituito con vantaggio alla soluzione di siroppo di gomma un' infusione leggiera di calamandrea o di qualche altra pianta amara, ed abbiamo persuaso ai malati di bere la maggior quantità possibile di questa soluzione. I più di essi ne hanno bevuta dai 3 ai 5 boccali al giorno (ciascun boccale era 18 once.) Abbiamo prescritto dei lavativi mucillaginosi contenenti la medesima proporzione di cloruro, ripetuti mattina e sera; a questi rimedi abbiamo aggiunto le lavande ripetute quattro volte al giorno, su tutta la superficie del corpo, col cloruro di soda puro, ne abbiamo irrorato gli empiastri coi quali coprivasi il ventre, l'abbiamo fatto versare in ciascuno dei bagni che i nostri malati facevano, alla dose di una pinta; finalmente aspersioni di cloruro sono state fatte più volte al giorno sulle coperte e sulle lenzuola, e sono stati posti in vicinanza del letto vasi che ne erano ripieni.

Alcuni medici hanno amministrato il cloruro di soda in dose molto più forte, due dramme per pinta, in una bevanda acida, come la limonata. Noi medesimi l'abbiamo impiegato a cotesta dose e sotto la stessa forma; ma indipendentemente dalla scomposizione del cloruro prodotta dall'acido citrico, e dalla difficoltà di indovinare il punto a cui giunge ed a cui cotesta scomposizione si arresta, tale bevanda, che conserva tuttavia un odore fortissimo di cloruro, è stata rigettata per vomito più spesso della prima, e noi per lo più l' abbiamo prescritto e quasi esclusivamente nella soluzione di siroppo di gomma.

Un secondo punto non meno importante era la scelta dei malati: ecco quale è stata a questo proposito la regola che abbiamo tenuto. Noi abbiamo specialmente sperimentata la medicatura col cloruro di soda in quei soggetti che presentavano le tre seguenti condizioni: 1.° diagnosi non equivoca; 2.° intensità assai grande della malattia da esservi pericolo di vita; 3.° malattia tuttora nel primo periodo o al principio del secondo: si comprende che non cominciando l' uso dei cloruri che ad un periodo più avanzato, nulla se ne sarebbe potuto concludere, qualunque sta-

(1) *Laennec diceva parlando delle febbri gravi che erano di tutte le malattie quelle nelle quali l'impotenza della medicina era più manifesta, il potere della natura più evidente.*

to fosse l'esito della malattia, intorno all'azione di un rimedio sì tardivamente impiegato e solo pel corso di picciol numero di giorni. Tutte le volte insomma che la malattia era equivoca di natura, o poco intensa o arrivata al di là del dodicesimo o quattordicesimo giorno, ci limitavamo a praticare il metodo razionale; contuttociò, nel 1833 e 1834, tra i soggetti curati coi cloruri, se ne sono trovati alcuni nei quali, essendo la malattia nel suo principio, sono stati impiegati i cloruri benchè non vi fossero ancora sintomi gravi, imperocchè a quel tempo non potevamo star sicuri che non si sviluppassero ulteriormente. Alcuna volta pure i cloruri sono stati sperimentati dopo il dodicesimo o quindicesimo giorno, quando si vedevano i malati in uno stato vicino a divenire inquietaute. Ecco adesso i risultamenti di tali prove.

Nell'estate del 1831 e fino al 1.° settembre, 5 soggetti attaccati di febbre tifoide grave furono curati colle preparazioni clorurate. Nei due primi, nei quali si praticò simile medicatura e che erano uno al n.° 25 e l'altro al n.° 26 della sala s. Maddalena, si osservò tale spaventevole accrescimento di sintomi, nei primi giorni, che io dovetti aspettare il definitivo termine della malattia avanti di ripetere le medesime prove in altri malati; ed anche, sei o sette giorni dopo l'uso di cotesto rimedio, in uno di essi notavasi prostrazione sì grande delle forze che credetti dover sostituire al cloruro i tonici i più validi; da quel tempo in poi li ho frequentemente associati. Questo malato guarì al pari degli altri quattro, e, nel mio epilogo del mese di agosto, io non avea da rammaricarmi della morte di alcuno dei soggetti a cui avevo amministrato il cloruro. Tra 51 altri soggetti che erano stati curati col metodo ordinario, sedici erano morti; la proporzione era quasi di uno su tre.

Dal 1.° novembre 1831 fino al mese di agosto 1832, 23 soggetti attaccati di febbre tifoide vennero ricevuti nella clinica; di questi, quindici vennero curati coi cloruri, ed otto col metodo ordinario: di questi otto in cinque non si osservavano che sintomi poco intensi e guarirono. Dei tre altri che morirono, uno era agonizzante, l'altro arrivò ad un periodo troppo avanzato, talchè la medicatura non poteva produrre azione; nel terzo, la malattia, benchè molto grave, lasciò fino alla morte qualche incertezza di diagnosi.

Tra i quindici malati che vennero medicati col cloruro di soda, due soli soggetti morirono, ed in uno si trovarono, indipendentemente dalle alterazioni proprie delle malattia tifoide, un'epatizzazione di ambedue i polmoni nella parte loro posteriore e inferiore, dei tubercoli nella sommità di uno di essi. Per dare la misura della gravezza della malattia dei tredici soggetti che guarirono, e soprattutto per rimuovere fin anche il sospetto che questi malati siano stati scelti tra quelli la cui affezione non avesse che un'intensità mediocre, io estrarrò dalle osservazioni che li concernono, come feci nel mio epilogo del mese di agosto 1832, i principali sintomi che in ciascuno di essi sonosi riscontrati. Se recasse maraviglia che la malattia tifoide fosse occorsa alla nostra osservazione con sintomi tanto gravi in sì gran numero di soggetti, farò avvertire: 1.° che i medici dell'uffizio centrale indirizzano agli ospedali meno lontani, la Carità e principalmente l'Hotel-Dieu, i soggetti più gravemente ammalati; 2.° che in questi ospedali, sì fatti malati vengono principalmente posti nelle sale della clinica. Dai quali due fatti deve risultare che la mortalità è generalmente più considerabile nella Carità e nell'Hotel-Dieu che negli altri ospedali, e nelle sale cliniche che nelle altre sale.

1.° Malato. Lingua secca, meteorismo, evacuazioni alvine sanguinolenti.

2.° Abbattimento estremo, sordità, evacuazioni alvine involontarie. *Chinachina.*

3.° Delirio.

4.° Delirio, meteorismo, evacuazioni involontarie.

5.° Bocca fuligginosa, agitazione fisica considerabile.

6.° Evacuazioni involontarie, tremore della mascella inferiore.

7.° Vomiti biliosi.

8.° Meteorismo, evacuazioni di sterco e d'orina involontarie.

9.° Bocca fuligginosa, evacuazioni involontarie delle materie stercoracee e dell'orine.

10.° Delirio, moti disordinati, bocca fuligginosa, evacuazioni alvine ed orine involontarie.

11.° Meteorismo, evacuazione dell'orina involontaria.

12.° Meteorismo, bocca secca, stupore considerabile.

Quindi, nel corso dell'anno scolastico 1831, 1832, quindici soggetti, attaccati d'affezione tifoide intensa, vengono medicati coi clorurі; due soltanto muoiono, ed in uno di essi, aperto il cadavere, trovasi indipendentemente dalle ordinarie alterazioni, una doppia pneumonite e tubercoli polmunari.

Riunendo questi risultamenti a quelli dell'anno precedente, di 20 soggetti sottoposti al nostro esperimento, due soli erano morti, e la morte di uno di essi doveva essere attribuita tanto alla doppia pneumonite, e ai tubercoli, quanto alla malattia tifoide; erano in qualche maniera 18 casi di felice riuscimento contro uno infausto. Annunziando questi non sperati risultamenti, io aveva dovuto allora, come nel 1831, consigliare coloro che mi ascoltavano di non aver troppa fretta a dedurre da questi fatti in numero tuttavia troppo piccolo, proposizioni generali sull'efficacia di questo nuovo metodo di cura. In effetto, nei quindici mesi che seguono i risultamenti non sono punto così sodisfacenti.

Dal principio dell'anno scolastico 1832 fino al momento presente (20 marzo 1834) sono stati ricevuti nelle sale della clinica dell'Hotel-Dieu 50 soggetti malati di affezioni tifoidi; di cotesti, 37 sono stati curati col cloruro di soda in bevanda, in lavativo, in lavande, empiastri, bagni, e 13 col metodo ordinario.

Di questi ultimi tredici soggetti, in otto si sono osservati sintomi sì poco intensi che non si è potuto stabilire la diagnosi che tardamente od anche imperfettamente. In tre altri, l'affezione tifoide ha presentato delle complicazioni e specialmente delle pneumoniti che hanno impedito di ricorrere ai clorurі. Due soggetti non sono stati portati nella clinica che ad un'epoca avanzatissima della malattia: di cotesti 13 soggetti, 5 son morti.

Fra 37 individui che sono stati curati coi clorurі, 12 sono morti, 25 sono guariti. Fra questi se ne sono trovati appena quattro o cinque nei quali la malattia siasi mantenuta benigna per tutto il suo corso; in quattordici di essi i sintomi sono stati gravissimi.

Di dodici soggetti che sono morti per malattia tifoide, uno già convalescente è stato spinto al sepolcro dal morbo collera; aperto il cadavere si sono trovate le ulcere intestinali quasi intieramente cicatrizzate; nell'intestino tenue si vedevano i follicoli ingrossati come è proprio del morbo collera. — Un secondo (33 s. Maddalena) era egualmente convalescente della malattia tifoide quando venne preso da pneumonite per la quale morì. — Una terza (n.° 8 della sala delle donne), era sembrata che entrasse in convalescenza, poscia aveva presentato i segni di febbre lenta, la cui origine era oscura; un perforamento improvviso del polmone con pneumotorace dimostrò in lei l'esistenza di tubercoli, e l'apertura del cadavere ne diede l'ultima conferma. — Un quarto venne portato quasi senza conoscimento ed agonizzante; non prese i clorurі che per due soli giorni e morì. — In due altri eravi doppia pneumonite.

In conseguenza, se, da questo numero considerabile di 12 morti su 37 soggetti leviamo tre individui che sono morti, non per la malattia tifoide, ma dopo terminata questa, uno per morbo collera, l'altro di pneumonite, ed il terzo di un' affezione tubercolosa e per perforamento del polmoni che ne fu la conseguenza; se aggiungiamo questi tre soggetti al numero dei 25 che sono usciti risanati, e se facciamo medesimamente sottrazione dai 9 soggetti che sono morti, di quello che non prese i clorurі che per soli due giorni, ed il quale morì 48 ore dopo ricevuto nell'ospedale ed i due individui nei quali riscontrossi la doppia pneumonite, malattia quasi costantemente mortale, per conseguenza molto più pericolosa della malattia tifoide, e che ha dovuto avere una parte maggiore di quest'ultima alla morte di questi due soggetti; il numero dei morti si troverebbe ridotto a 6, quello delle guarigioni andrebbe a 28.

Se ora riepiloghiamo questi diversi sperimenti, dall'estate del 1831 fino al momento presente, troviamo che, di 57 soggetti curati col cloruro di soda,

41 sono usciti guariti dell'ospedale,
16 sono morti;

che aggiungendo ai 41 guariti i 3 soggetti che, dopo il termine della malattia

tifoide, sono morti per malattie accidentali (*collera morbo, pneumonite, perforamento polmonare*), e sottraendo dal numero dei morti prima questi tre soggetti poscia il quarto di cui si è parlato più sopra, avremo soltanto una mortalità di 9 su 33, presso a poco di 1 a 6, mentre la mortalità media nei soggetti morti col metodo ordinario nelle nostre sale della Carità e dell' Hotel-Dieu, è arrivata, anno comune, presso a poco ad un terzo del numero dei malati attaccati da questa terribile affezione. Per convincersene basterà dare un'occhiata all'opera di Louis; in 138 casi d'affezione tifoide osservati dal 1822 al 1827, la malattia è andata a terminare colla morte per cinquanta volte. In un' altra somma che ho sott'occhio, trovo che, di 18 soggetti attaccati da questa malattia nelle sale della clinica della Carità (s. Gio. di Dio e s. Maddalena), dal 1.° novembre 1827 fino al 1.° maggio 1828, cinque sono morti. Alla clinica dell' Hotel-Dieu, dal 1.° novembre 1830, al principio di settembre 1831, di 51 soggetti curati col metodo ordinario la mortalità è stata di sedici. — È l'anno in cui vennero tentati i primi sperimenti coi cloruri; di cinque individui ai quali venne apprestato questo rimedio nessuno, come si è veduto, andò a morire.

Riunendo le numerose osservazioni che ho riportate, si vede che la malattia è stata, nell' ospedale della Carità dal 1822 al 1827,

di 50 su 138.

Nell'autunno, nell' inverno, nella primavera del 1827 al 1828,

di 5 su 18.

All' Hotel-Dieu, nell' anno scolastico 1831 1832,

di 16 su 51.

somma totale, 71 su 207;

per conseguenza un poco più del terzo.

Se ora paragoniamo questi risultamenti a quelli che abbiamo ottenuto coi cloruri, vi troveremo una differenza molto grande, poichè la mortalità, fatta la sottrazione di quei casi in cui la morte è stata indipendente dalla malattia o dalla cura, non è stata che di 1 su 6 circa, o di più non sottraendo dal numero dei morti che i tre soggetti che sono andati a soccombere dopo il termine dell' affezione tifoide per accidentali malattie, e comprendendo anche nella somma un individuo al quale non si cominciò ad apprestare i cloruri che trentasei ore prima che morisse, un altro che avea dei tubercoli, due altri che erano attaccati da doppia pneumonite non avremo ad ogni modo che 13 morti su 57, 1 a 4 1/2 circa.

Contuttociò sollecitiamoci a ripetere ciò che sempre abbiamo detto fino a questo giorno, ciò che soprattutto dicemmo nel 1831 e 1832, tempi in cui il numero delle guarigioni eguagliava quasi quello degli sperimenti, cioè: che questi fatti, quantunque in certo grado favorevoli a questa maniera di medicatura non sono cionondimeno sufficienti per stabilire chiaramente la sua efficacia. Il contrasto sì evidente che presenta la mortalità nel 1831 e 1832, in cui è appena di 1 su 10 e potrebbe essere stabilita ad 1 su 19, e nel 1833 e 1834 in cui giunge quasi al terzo, deve indurre similmente ad essere molto cauti nel giudizio favorevole o contrario che si farà di sì fatto metodo terapeutico.

Se ci venisse opposto che seguitando il metodo di cura ordinario, od insistendo più che da noi si è fatto sull' uso degli antiflogistici, alcuni medici avrebbero ottenuto, senza impiegare i cloruri, risultamenti molto più vantaggiosi, risponderemmo che la differenza può dipendere o dall' intensità della malattia, come accade dei soggetti che sono mandati negli spedali lontani dall' uffizio centrale di amministrazione, o dall' aver compreso sotto il nome di febbre tifoide malattie alle quali noi non daremo così fatto nome. Noi non crediamo che queste differenze di mortalità si possano attribuire alla medicatura; imperocchè la medicatura che in questi ospedali si pratica o non differisce sensibilmente da quella che abbiamo chiamato razionale o pure non differisce che per salassi un poco più abbondanti, e questa modificazione, come hanno provato le osservazioni pubblicate da Louis, non esercita punto una salutare influenza sul corso dell' affezione tifoide.

In breve, quantunque i risultamenti ottenuti dai cloruri nella cura della malattia in discorso sono stati differentissimi nei diversi anni, questo metodo terapeu

tico è quello pur sempre da cui abbiamo ricavato maggior proporzione di successi. Più pratici distinti ci hanno raccontato di essere pervenuti alle medesime conseguenze. Noi dunque continueremo a sperimentare un metodo di cura che, unito col metodo razionale, ci ha fino a qui somministrato, non ostante i suoi insuccessi, risultamenti più vantaggiosi di alcun altro metodo.

ARTICOLO OTTAVO

DELLA NATURA DELLA MALATTIA TIFOIDE.

Dopo aver studiato successivamente la malattia tifoide nelle sue alterazioni anatomiche e nei suoi sintomi, nelle sue cagioni o nella sua medicatura, ci resta da esaminare quale sia la sua natura, e se questa questione non è suscettiva di intiero scioglimento, da determinare almeno di quale ordine e di quale importanza siano le alterazioni anatomiche osservate dopo la morte, e quali siano le malattie con cui l'affezione tifoide ha maggiore analogia.

Le alterazioni anatomiche ritrovate nei soggetti che muoiono per la malattia tifoide sono, siccome si è veduto, numerose e variate, e possono essere riportate a due ordini ben distinti. Il primo comprende le lesioni che si incontrano presso a poco costantemente in questa affezione e che non esistono in alcuna altra, ellenn occupano particolarmente i follicoli intestinali e le glandule mesenteriche. Il secondo ordine comprende le lesioni accidentali, come le flemmazie delle membrane mucose e di alcuni organi parenchimatosi, desse non appartengono all'affezione tifoide imperocchè non si trovano in tutti quelli che ne muoiono, e, siccome ciascuno sa, si incontrano continuamente in soggetti che non hanno presentato i sintomi di questa malattia. Onde, nessun medico osservatore, nessun uomo versato nello studio dell'anatomia patologica non considera al presente la malattia che si discorre come una gastrite od una gastro-enterite. È ora chiaro come la luce che l'alterazione anatomica la quale è caratteristica dell'affezione tifoide non è nella membrana mucosa dello stomaco o degli intestini, ma bensì nei follicoli intestinali, dove mostrasi sotto forme che variano secondo il periodo della malattia, ma che, in ciascuno dei suoi periodi ha una forma speciale e non può essere confusa con alcuna altra lesione.

Questo fatto, evidente in modo da non lo poter negare, ha indotto parecchi dei seguitatori della dottrina detta fisiologica ad accennare quest'affezione, non più col nome di gastrite, non più con quello di gastro enterite, ma col nome di *enterite follicolosa*. Era una maniera di conservare qualche cosa del nome primitivo, confessando che la malattia che chiamasi tuttavia enterite, non è un'infiammazione degli intestini medesimi, ma solo dei follicoli che in essi spesseggiano.

Lasciamo da parte ciò che in questo nome è sì inesatto, ed esaminiamo se la malattia che abbiamo descritta consista in un'infiammazione dei follicoli intestinali.

A risolvere convenevolmente questa questione si vogliono esaminare successivamente più punti.

1.° La lesione dei follicoli intestinali è ella di natura infiammatoria?

2.° La gravezza della lesione è ella generalmente proporzionata colla gravezza dei sintomi?

3.° Questa lesione è ella costante?

4.° Quest'infiammazione, allorchè esiste, è primitiva o secondaria?

1.° La lesione dei follicoli intestinali ha caratteri evidenti di un'infiammazione; *rossore tumefazione* considerabile nei soggetti che muoiono nel primo periodo; esito per risoluzione o per gangrena o *esulcerazione* nei due periodi seguenti; al tempo stesso, *rossore*, *rammollimento* e qualche volta suppurazione delle corrispondenti glandule mesenteriche; ritorno progressivo dei follicoli infiammati verso lo stato normale durante la convalescenza: per conseguenza intorno a questo primo punto non evvi alcun dubbio che la lesione dei follicoli intestinali è di natura infiammatoria.

2.° Evvi egli proporzione tra la gravezza della lesione dei follicoli e la gravezza dei sintomi?

La lesione dei follicoli intestinali e delle glandule mesenteriche non in tutti i casi ha il medesimo grado di sviluppamento; in alcuni tutti i follicoli confluenti ed isolati sono tumefatti o esulcerati; in altri

non evvi che un certo numero di chiazze che siano alterate nella loro struttura; in uno per esempio ve ne sono venti, in altro quindici, altrove non ve ne sono che cinque, che tre, che due, che una sola e talvolta ancora questa non è alterata che in parte. Ora se tutti i sintomi che si osservano se la gravezza della malattia dipendono dalla lesione dei follicoli, non evvi dubbio che abbia ad esistere proporzione tra i sintomi e la lesione, e che il pericolo sia in correlazione col numero delle chiazze alterate e coll' importanza dell' alterazione di ciascuna di esse. Ora ecco ciò che l' osservazione insegna. In tal soggetto la malattia mostrasi coi più gravi sintomi e non trovasi dopo morte che un picciolissimo numero di follicoli affetti; in tal altro i sintomi tifoidi non hanno che una mediocre intensità, e se una malattia accidentale venga a spingere a morte l'infermo, si trovano i follicoli intestinali gravemente alterati ed in una grande estensione.

In un soggetto ricevuto nella clinica, il 1831, ed il quale morì nel trentesimo terzo giorno dopo aver presentato fino dall' undecimo i più notabili sintomi adinamici, ed aver avuto evacuazioni involontarie durante gli ultimi venti giorni, trovammo le chiazze della superior porzione dell' intestino allo stato normale e senza alcuna traccia di alterazione. Solo tre pollici al disopra della valvula ileo-cecale eravi un' ulcera larga quanto una moneta da quindici soldi, in gran parte cicatrizzata, che occupava una chiazza turchiniccia lievemente protuberante, come si osserva a quest'epoca della malattia. Nella parte posteriore dei polmoni era un intasamento ed un rammollimento notabilissimo.

Supponendo anche che in questo soggetto siavi stato, in un' epoca anteriore alla morte, un numero maggiore di chiazze alterate, resterà sempre, per coloro i quali riguardano la lesione dei follicoli come la sola cagione dei sintomi, da spiegare in qual modo i sintomi sarebbero andati continuamente aggravandosi, mentre la lesione a cui si riferisce avrebbe tenuto un andamento opposto. In quelle affezioni nelle quali la lesione costituisce veramente la malattia, per esempio nella pneumonite, le cose non procedono a cotesto modo: l' estensione e la gravezza della lesione danno costantemente la misura della gravezza dei sintomi e del pericolo.

Se prendiamo ad esaminare l'osservazione X, troveremo altr' esempio di questa sproporzione tra le lesioni ed i sintomi: questi non sono stati, egli è vero, nel soggetto di detta osservazione, così gravi come in quello dell' osservazione precedente; tuttavia però hanno avuto una certa intensità. Una sola esulcerazione pochissimo estesa era dieci pollici al di sopra della valvula ileo-cecale, sopra una delle glandule di Peyer; tutte le altre erano sane. Siccome la morte sopravvenne nel tredicesimo giorno a motivo di una complicazione, e siccome non eravi che una sola glandula mesenterica che fosse ingorgata (corrispondeva al punto che era occupato dall' esulcerazione), non si può sospettare che coteste chiazze fossero ritornate allo stato di sanità.

Il soggetto dell' osservazione XIV ne ha medesimamente presentato un'alterazione dei follicoli intestinali pochissimo notabile e che non si accordava punto colla gravezza dei sintomi. Questo soggetto è uno di quelli nei quali si è trovata una notabile alterazione del sangue in tutti gli organi; ma non si può attribuire a quest' ultima circostanza la gravezza dei fenomeni morbosi, essendo cotesti fenomeni stati osservati in molti malati dei quali poi aperto il cadavere non si è trovata sì fatta alterazione di sangue, e perchè cotesta alterazione si è riscontrata in soggetti nei quali non si sono osservati sintomi tifoidi.

È dunque dimostrato che in gran numero di casi non evvi proporzione tra la gravezza della malattia e quella delle anatomiche alterazioni.

3.° La lesione dei follicoli intestinali nella malattia tifoide è ella costante?

L'infiammazione follicolosa degl'intestini è talmente frequente nei soggetti che muoiono della malattia che si discorre, che da cinque anni in qua noi non ci siamo incontrati in un solo fatto d' eccezione. Contuttociò più osservazioni riportate da Louis, e da Andral dimostrano che in alcuni casi, in cui durante la vita i sintomi erano stati esattamente quelli che si osservano nella malattia tifoide, l'apertura del cadavere fatta da uomini versatissimi in questo genere di ricerche, non ha fatto vedere nel condotto intestinale alcuna del-

le alterazioni proprie di questa affezione, nè alcuna altra lesione a cui possano essere riferiti i sintomi. Aggiungete a questa considerazione che se, come abbiamo veduto, in alcuni soggetti che muoiono non trovasi che picciol numero di chiazze alterate, non se ne trovano che due, che una sola, questo progressivo decrescere dell' estensione della lesione diminuisce manifestamente l'importanza che se le attribuisce e conduce per gradi alla mancanza di qualunque alterazione di questo genere. E altresì, a quale specie di malattia si riferiranno i fatti poco numerosi nei quali, durante la vita, i sintomi sono stati quelli della febbre tifoide, e nei quali dopo la morte non si è trovata la solita lesione? La mancanza di essa deve bastare per torre alla malattia il suo carattere e farne un' affezione indeterminata che differirà da tutte le malattie comprese nel quadro nosologico, e sarà simile in tutti i punti, uno solo eccettuatone, alla febbre tifoide? Io nol credo; e quantunque grave per me sia l'opinione di Louis, non posso esser seco lui d'accordo su questo punto.

Dopo avere riconosciuto, per l' esame delle questioni che precedono, da una parte, che la lesione dei follicoli non sempre sta in proporzione colla gravezza dei sintomi, d'altra parte, che in alcuni casi, a vero dire molto rari, ma talmente autentici che nessuno potrà mettere in dubbio, questa lesione è del tutto mancata, ci facciamo ad esaminare la questione quarta.

4.° L' infiammazione dei follicoli intestinali e delle glandule mesenteriche corrispondenti è primitiva o secondaria?

E prima di tutto spieghiamo più chiaramente che ci sarà possibile ciò che da noi si intende per queste parole. Una flemmazia è secondaria allorchè l' osservazione porta ad ammettere nel suggetto che ne è preso una *condizione morbosa* di cui questa flemmazia è la conseguenza, ell'è primitiva quando costituisce di per se sola tutta la malattia. Citiamo un esempio.

Un uomo viene subitamente preso, senza cagione conosciuta, da ottalmia. La congiuntiva diviene rossa, gonfia, l' occhio è urente, doloroso, la secrezione delle lacrime alterata, la vista oscurata; il male aumenta per più giorni, diviene stazionario, poscia diminuisce progressivamente, e cessa dopo quindici giorni di durata.

Altro individuo viene preso come il precedente, da ottalmia che sopravviene similmente senza esterna causa apparente; è caratterizzata dal dolore, dal rossore, dal gonfiore, dal calore, dallo scolare delle lacrime, dal turbamento della vista; ma dopo dieci o dodici ore tutti cotesti sintomi si dileguano e l'occhio torna al suo normale stato. Nel terzo giorno si riproducono gli stessi accidenti colla medesima intensità, durano il medesimo tempo, cessano nella medesima maniera, per ritornare di nuovo e colla medesima forma al quinto giorno ed al settimo.

Ecco due affezioni del tutto simili pei loro sintomi, del tutto differenti per la loro natura, siccome vedesi, per l' andamento, e massimamente pei mezzi curativi che si debbono adoprare. Gli antiflogistici verranno vantaggiosamente impiegati nella prima e non produrranno alcun effetto contro la seconda. La chinachina cesserà immediatamente questa, ed aggraverebbe inevitabilmente la prima. In questa l'infiammazione è primitiva, ell' è tutta la malattia, nella seconda non è che uno dei fenomeni, essa apparisce come l'espressione di una condizione morbosa a cui viene dato il nome di febbre intermittente normale o larvata.

Dopo aver spiegato ciò che noi intendiamo per infiammazione secondaria, vediamo ora se la lesione dei follicoli intestinali appartenga o no a quest' ordine delle flemmazie.

Quegli il quale prende per la prima volta ad esaminare l' intestino di un soggetto che è morto per malattia tifoide resta maravigliato della maniera con cui si mostrano le lesioni; egli vede in alcuni punti un disordine considerabile, rossore, gonfiore, escare, esulcerazioni più o meno profonde, e soventemente le parti che circondano queste chiazze o queste ulcere sono notabili per la loro perfetta integrità. L'infiammazione invece di occupar qui, senza interruzione, una più o meno vasta superficie, mostrasi sparsa qua e là in una moltitudine di punti tra i quali non osservasi alcun valutabile disordine. Taluni medici hanno paragonato lo stato dell' intestino a quello della pelle nell' affezioni esantematiche, ma io non so che alcuno abbia ravvicinato le une alle altre tutte le flemmazie che si mostrano così sparse, e dedotto da cotesto

ravvicinamento le conseguenze che generalmente emergono dal confronto di fatti analoghi.

Se si prendano ad esaminare le principali affezioni ed io qui mi limito alle flemmazie, ma queste considerazioni potrebbero comprendere egualmente le alterazioni organiche, se si prendano ad esaminare, io diceva, le principali infiammazioni che si mostrano così sparse, si giunge bentosto a riconoscere, da una parte, che esistono tra esse e le altre flemmazie notabili differenze, e, d'altra parte, malgrado l'estrema varietà che tra di loro presentano, hanno cionondstante importantissimi punti di analogia.

Riunite in un medesimo quadro nosologico la rosolia, la scarlattina, l'orticaria, il penfigo, la zona, la varicella, le afte, l'eruzione dei furuncoli, le flemmazie reumatiche, le infiammazioni varie prodotte dalla peste d'Oriente (*buboni, antrace*), dalla sifilide (*buboni, blenorragie, oftalmie*, *pustule* delle membrane mucose e della pelle), gli ascessi metastatici che succedono alle ferite, alle grandi operazioni chirurgiche o che sopravvengono dopo il parto o di seguito al vaiuolo, e voi forse non sarete a prima vista colpiti che dalla loro dissimiglianza. Tuttavolta, è già in nosologia un carattere molto notabile che in un ordine intiero di malattie, ciascuna affezione resti *una*, benchè sia rappresentata da affezioni moltiplici che si sviluppano in modo successivo o simultaneo sopra grandi superficie o sopra organi più o meno lontani, con forme talmente speciali che mai sia caduto in pensiero ad alcuno nosologo di supporre in coteste flemmazie moltiplicate altrettante distinte malattie.

Un secondo carattere delle *flemmazie sparse*, si è di non poter essere, come le flemmazie ordinarie, artificialmente prodotte dalle comuni cause dell'infiammazione. Voi produrrete a piacimento una peritonite mediante l'iniezione di un liquido, una pneumonite, un'epatite con un corpo contundente, ma non produrrete il vaiuolo, le afte, il furuncolo, il reumatismo, ec.

L'intensità e la durata delle flemmazie ordinarie possono essere diminuite dai rimedi antiflogistici, aumentate da mezzi contrari. Ad appoggiare questo incontrovertibile fatto sarebbero inutili gli esempi. Nelle flemmazie sparse, al contrario, gli antiflogistici non hanno comunemente alcuna influenza sulla durata del male, e non hanno sovente che un'azione equivoca sulla sua intensità. I salassi non abbreviano la durata della scarlattina, della zona, i tonici non la prolungano.

Un quarto carattere delle flemmazie sparse, si è che ciascuna di esse non ha, per lo più, che un solo modo di terminare che le appartiene; pel vaiuolo e la zona la suppurazione, per l'orticaria la delitescenza, per la rosolia la disquamazione, pel reumatismo la risoluzione, con metastasi o senza, per le afte la sfaldatura, ec.

Alcune non hanno che una durata istantanea, come l'orticaria; altre persistono quasi indefinitamente, come il reumatismo. La durata delle altre flemmazie, al contrario, mai è così corta come quella dell'orticaria, nè è generalmente così lunga come è alcuna volta quella del reumatismo.

Altro carattere delle flemmazie sparse, più importante ancora dei precedenti, si è che pare che allo sviluppamento loro cospirino particolari cagioni. Questa specificità della causa è indubitata per parecchie di esse come il vaiuolo, la scarlattina, la rosolia, le flemmazie sifilitiche e pestilenziali? Le flemmazie intermittenti che nel loro successivo sviluppamento rappresentano flemmazie sparse per il loro andamento, come le altre lo sono per la loro sede; le affezioni reumatiche che stabiliscono una specie di legame tra le une e le altre non sembrano esse, nel presente stato della scienza, derivate da cagioni specifiche, quantunque impossibile sia il concepirle? L'esistenza di una grande raccolta di pus non è ella, per gli ascessi moltiplici che si formano nei polmoni, nel fegato, nella milza, una cagione tutta particolare? Non evvi egli motivo di presumere che i furuncoli, la zona, il penfigo, l'orticaria, le infiammazioni erpetiche, sì notabili per la loro forma, pel loro andamento, per l'inefficacia degli antiflogistici nella loro cura, riconoscano medesimamente cause specifiche, circostanza che da se sola basterebbe a spiegare tuttociò che ciascuna di queste affezioni ha di singolare nei suoi sintomi e nel suo corso?

Un ultimo punto dell'istoria delle

flemmazie sparse, più importante ancora degli altri, ma molto più oscuro, restaci ad esaminare; questa flemmazie sono primitive o secondarie?

In quanto a parecchie di esse la risposta non è dubbia. Onde il bubone sifilitico o pestilenziale non è manifestamente che un fenomeno secondario, che palesa l'esistenza di una condizione morbosa che ne governa lo sviluppamento, di un infezione sifilitica o pestilenziale. Nel vaiuolo, nella scarlattina, nella rosolia, è medesimamente, come nella sifilide e nella peste, l'infezione che costituisce la malattia; la flemmazia cutanea non è che uno dei fenomeni; la mancanza di eruzione cutanea in alcuni casi d'infezione vaiuolosa, morbillosa o scarlattinosa, *variolae sine variolis, scarlatina sine scarlatina, morbilli sine morbillis*, accenna chiaramente il luogo dell'eruzione e l'errore dei nosologi che aveano classificato queste malattie tra le flemmazie cutanee.

Sonovi ancora alcune altre affezioni nelle quali le infiammazioni sparse sono evidentemente secondarie; per esempio, quegli ascessi moltiplicati di cui si è detto sopra, che si formano consecutivamente a grandi suppurazioni e che generalmente si riferiscono al riassorbimento del pus, sono manifestamente la conseguenza della condizione morbosa che noi possiamo concepire. Avviene la cosa stessa di quel l'eruzione orticata che succede all'introduzione nello stomaco di certe specie di alimenti: qui l'affezione primitiva è una specie di avvelenamento, in cui la materia deleteria pare che venga spinta alla superficie. Nelle malattie intermittenti dovute ad una causa che produce ora una flemmazia, ora e molto più spesso, un accesso febbrile, noi siamo portati a riconoscere in coteste flemmasie un fenomeno secondario, per ciò solo che la condizione morbosa che governa il loro sviluppamento può palesarsi a noi per altri effetti.

Finalmente in certe malattie come il reumatismo, l'erpete, i furuncoli, benchè la malattia non si palesi a noi per altri fenomeni che quelli che caratterizzano queste affezioni, la maggior parte dei pratici antichi e moderni sono stati portati ad ammettere, malgrado l'impotenza di tutti per specificarle, uno *stato morboso* una *diatesi* di cui queste flemmazie non sono che l'espressione. Se si opponesse non esservi infiammazione alcuna, alcuna lesione qualunque essa sia, che similmente non esiga pel suo sviluppamento una condizione morbosa speciale, e che sotto questo rapporto il reumatismo ed i furuncoli non differiscono dalla pleurisia o dalla pneumonia, io risponderei che esiste differenza grande tra una fugace modificazione dell'economia in conseguenza della quale la pleura o il polmone infiammasi, e quella condizione organica in forza della quale si mostrano per lo spazio di più mesi successivamente sopra un gran numero di parti più o meno lontane fenomeni infiammatorii, aventi per tutto i medesimi caratteri, necessariamente subordinati ad una medesima cagione produttrice, e non rappresentati malgrado la loro sospensione momentanea o prolungata che una sola affezione.

Se le flemmazie sparse hanno caratteri distinti, se, soprattutto, riconoscono generalmente cagioni specifiche, e se, come ciò è dimostrato da un certo numero di esse, e come è per lo meno probabile per la maggior parte delle altre, essa si riferisce ad una condizione morbosa di cui elleno non sono che l'espressione; se in conseguenza elle non occupano che un posto secondario in quelle malattie nelle quali si osservano, tutto induce a credere che l'infiammazione dei follicoli intestinali, perciò solo che è sparsa, non sia quindi che uno dei fenomeni secondari della malattia, che essa non costituisca il fenomeno primitivo, il punto da cui partono tutti i sintomi.

Se, a questa considerazione, somministrata dall'analogia, aggiungiamo le due altre circostanze precedentemente stabilite, cioè: 1.° che non evvi proporzione costante tra la gravezza dei sintomi e quella dell'alterazione dei follicoli; 2.° che questa alterazione è mancata affatto in soggetti nei quali durante la vita si erano manifestati tutti i sintomi dell'affezione tifoide, diverrà più evidente che mai non considerare la malattia tifoide essenzialmente nell'infiammazione dei follicoli; non essere quest'infiammazione che uno dei fenomeni della malattia; che ella appartiene come la maggior parte delle infiammazioni sparse alle infiammazioni secondarie; che può essere paragonata, quanto al suo *valore patogenico*, non già alle pustole nel va-

juolo, imperocchè qui evvi sempre proporzione tra il numero delle pustule e la gravezza della malattia, ma piuttosto al bubone nella peste orientale. Ma dopo aver diminuita l'importanza dell'infiammazione follicolosa nella febbre tifoide, abbiamo bisogno di ripetere quanto è grande il suo valore come lesione caratteristica della malattia, di ripetere che se non è costante, nel senso rigoroso di questa parola, rarissimamente manca affatto, e che non esiste un solo esempio autentico di questa lesione in un soggetto in cui non si fossero riscontrati i sintomi della febbre tifoide.

Ora ci resta da esaminare un'ultima questione. Se la malattia tifoide non consiste nell'infiammazione dei follicoli intestinali o delle glandule mesenteriche corrispondenti, se questa infiammazione è secondaria, quale è la lesione primitiva che induce lo sviluppamento di questa infiammazione e di tutti gli altri sintomi e che costituisce l'essenza della malattia?

Nell'attuale stato della scienza, allorchè aperto il cadavere il più diligente esame non basta a scoprire alcuna apprezzevole lesione, o allorchè le lesioni osservate pare che non possano servire a spiegare la gravezza dei sintomi, ci sentiamo generalmente portati ad ammettere un'alterazione occulta, sia nel sistema nervoso la cui organizzazione è da pertutto sì delicata e le cui estreme diramazioni non basta coltello a scoprire, o sia nei liquidi animali, e particolarmente nel sangue, di cui le analisi chimiche lasciano ancor molto da desiderare. Nella febbre tifoide la lesione primitiva esisterebbe, secondo il parere di alcuni, nel sangue, secondo il parere di altri ed in più numero nel sistema nervoso.

Se fosse permesso di avere un'opinione in una questione tutta materiale, che i soli sensi potrebbero giudicare e che i sensi non decidono nello stato presente della scienza, lo inclinerei a riporre piuttosto nei liquidi che nei nervi il punto da cui parte la malattia. In effetto, le affezioni riguardate come aventi la loro sede nel sistema nervoso si mostrano generalmente senza apparato febbrile, e la mancanza costante di qualunque anatomica lesione dopo la morte è uno dei loro caratteri. Qui al contrario la mancanza di lesione anatomica è un'eccezione, ed eccezione rarissima; la febbre è forse più intensa che in qualunque altra malattia conosciuta; è dunque cosa naturale il pensare che il male abbia il suo punto di partenza fuori del sistema nervoso, nelle cui funzioni, è forza confessarlo, si osservano del resto disordini molto notabili.

D'altra parte, benchè nel sangue e negli altri liquidi non si incontrino, in questa malattia, alterazioni apprezzevoli che le siano proprie, cionondimeno, se si considera l'analogia che esiste tra i fenomeni conosciuti dalla febbre tifoide e quelli di alcune altre malattie nelle quali evvi manifestamente infezione dei liquidi, come il vaiuolo, la rosolia, la scarlattina, la peste orientale e soprattutto il tifo contagioso, viene similmente fatto di supporre qualche analogia nella natura intima di queste affezioni.

Se nuove osservazioni venissero a dimostrare la contagione, fino a qui incerta, della malattia tifoide, troverebbesi in questo fatto la spiegazione facile, il naturale collegamento della maggior parte dei fenomeni osservati, come lo sviluppamento della malattia ad un periodo determinato della vita, il suo non riprodursi in coloro che ne sono stati attaccati, la mancanza di proporzione tra la lesione dei follicoli e i sintomi, la mancanza di lesione anatomica in alcuni soggetti, la poca efficacia del metodo antiflogistico. Ma ricordiamoci che quest'ultima questione è tuttora irresoluta, e che, per conseguenza, non può servire che di debole aiuto nello scioglimento della prima.

FINE DELLA CLINICA MEDICA

INDICE DEGLI ARTICOLI

ARTICOLO TERZO

ARTICOLO QUARTO

ARTICOLO QUINTO

ARTICOLO SESTO

ARTICOLO SETTIMO

ARTICOLO OTTAVO

FINE DELL' INDICE